

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

21

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Asthéno-Manie Post-Apoplectique

par

PIERRE BONVALLET

Né à Montfaucon (Maine-et-Loire), le 27 Février 1885

Sous la présidence de M. le Professeur GILBERT BALLET

NANTES

Imprimerie A. DUGAS, 5, quai Cassard

1911

21

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

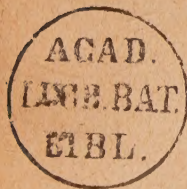
L'Asthéno-Manie Post-Apoplectique

par

PIERRE BONVALLET

Né à Montfaucon (Maine-et-Loire), le 27 Février 1885

Sous la présidence de M. le Professeur GILBERT BALLET



NANTES

Imprimerie A. DUGAS, 5, quai Cassard

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	P. MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	GILBERT.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	G. BALLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE.
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	BAR.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	RIEMON-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LENORMANT.	PROUST.
BERNARD.	DUVAL (Pierre).	LEQUEUX.	RATHERY.
BRANCA.	GOUGEROT.	LERI.	RETTERER.
BRINDEAU.	GRÉGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BROCA (André).	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
CAMUS.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CARNOT.	JOUSSET (André).	MULON.	SICARD.
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NICLOUX.	TERRIEN.
CHEVASSU.	LANGLOIS.	NOBÉCOURT.	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LECENE.	OMBREDANNE.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR CROZAT

*Professeur de Clinique Obstétricale à l'École de Médecine
de Tours*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR BONVALLET

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
LE PROFESSEUR GILBERT BALLEST

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer nos études médicales, nous profitons de l'occasion qui nous est offerte ici de remercier ceux qui furent nos Maîtres à l'Ecole de Médecine et à l'Hôpital de Nantes.

Nous ne pouvons oublier le précieux enseignement des Professeurs Malherbe, Guillemet, Amédée Monnier, Maurice Bureau, dont nous fûmes l'externe ; celui du Professeur Gilbert Sourdille, du Docteur Latapie, et enfin de notre ami et Maître toujours si bienveillant, le Docteur Castagnary, dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne.

Notre Maître le Docteur Benon, médecin adjoint à l'Asile de Nantes, nous fournit le sujet de notre thèse ; nous l'en remercions bien vivement. Mais ce dont surtout nous devons lui être reconnaissant, c'est de son enseignement clinique de chaque jour, qui nous permit d'aborder sous un jour tout nouveau pour nous tant de questions de la science psychiatrique. L'une d'elles fait l'objet de nos présentes recherches.

Que Monsieur le Professeur Gilbert Ballet, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, accepte ici l'assurance de notre très grande reconnaissance.

I — Introduction et Généralités

Dans un récent travail (1) J. Tastevin a montré qu'à la suite de douleurs d'ordre physique ou émotionnel, on constatait un état d'asthénie, caractérisé par des phénomènes de faiblesse musculaire et idéative. Le sujet atteint se plaint de n'avoir plus de force, plus de courage ; il a de la difficulté à penser, à se remémorer ; on note chez lui une diminution des sentiments affectifs et une disposition plus grande à l'inquiétude et à la tristesse. Il a de la constipation, signe de son asthénie intestinale.

Or Tastevin, ayant observé un certain nombre de malades asthéniques, remarqua la disparition progressive des phénomènes d'épuisement, c'est-à-dire le retour progressif à l'état normal. Mais quelques malades, au lieu de rester à cet état normal, le dépassaient peu à peu et présentaient un état d'excitation en tout semblable à l'état maniaque classique des auteurs. Chez ces mêmes malades, il relevait « l'exaltation de la force musculaire avec sentiment de bien-être et de légèreté du corps, l'excitation intellectuelle, un état de joie habituel avec disposition au rire, à la colère et à l'attendrisse-

(1) J. TASTEVIN. L'asthénomanie post douloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique). *Ann. méd. psych.* 1911, t. I et II.

ment » (1) (Benon). Il arrivait à opposer l'asthénie à la manie qui devenaient les deux manières d'être extrêmes de la « fonction névrosthénique. Ensuite il décrivait l'asthénomanie secondaire, double accès asthénique et maniaque. Ses premières recherches lui montraient que cet état morbide faisait suite à des crises émotionnelles douloureuses, à des crises d'épilepsie, etc.

Le champ des recherches était ouvert ; d'autres causes étaient susceptibles d'engendrer l'état asthéo-maniaque. Nous inspirant du travail (2) et des conseils du docteur Benon, et ayant eu personnellement l'occasion d'observer avec lui deux malades à l'Asile de Nantes, nous nous proposons d'apporter ici une contribution à l'étude de l'asthéo-manie post-apoplectique.

(1) R. BENON. Les dysthénies périodiques. *Revue neurologique* n° 9, 15 mai 1911.

(2) R. BENON. L'asthéo-manie post apoplectique. *Revue de médecine*, 10 juillet 1911.

II — Historique⁽¹⁾

Avant d'aborder les faits récents, concernant les malades dont les observations nous sont communiquées, ou ceux que nous avons observés nous-même, nous passerons en revue quelques autres cas cités par les auteurs et qui peuvent être considérés jusqu'à un certain point comme des cas d'asthénomanie post-apoplectique.

Esquirol (2) (1818) cite l'apoplexie parmi les causes physiques de la manie.

Lallemand (3) (1830), dans ses travaux sur l'encéphale, relate une observation d'ictus apoplectique suivi d'agitation.

Rochoux (4) en relate également deux observations, mais assez incomplètes.

Durand-Fardel (5) a publié quelques observations où l'asthénie et la manie dominent plus ou moins le tableau clinique. L'une d'elles se rapproche assez de notre observation VIII, due à l'obligeance du docteur Benon. On y voit décrit un

(1) Nous empruntons cet historique en partie au Dr BENON.

(2) ESQUIROL *Des maladies mentales*, 1838, II, p. 144.

(3) LALLEMAND (F.). *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*, 1830, I. Obs. XII, p. 38.

(4) ROCHOUX. *Recherches sur l'apoplexie*, 1833, ob. III, p. 16 et obs. XIII, p. 184.

(5) DURAND-FARDEL. *Traité du ramollissement du cerveau*, 1843, obs. VII, p. 34.

accès d'asthénie qui dure deux ans, guérit et reparaît quelques mois plus tard pour être suivi de mort.

D'autres observations (1), de Durand-Fardel présentent après ictus des états d'excitation avec gaîté. Une autre observation (2), souvent citée par les auteurs (3), est un cas de manie chez une organique avec paralysie du bras droit et amaurose double. Les auteurs qui relatent ce cas ne le signalent que comme délire ambitieux ; cependant Durand-Fardel fait remarquer qu'à l'entrée de la malade à la Salpêtrière, on a noté sur le registre : manie aiguë, agitation, etc., et il ajoute : « Elle était fort agitée, se croyait riche, parlait de parures, de bijoux, mais au début seulement. Il fallut quelquefois lui mettre la camisole de force. Elle a reconnu ses parents... Elle avait, dit-on, des attaques d'épilepsie. » Lorsque Durand-Fardel l'examina, elle était attachée à un fauteuil, criait, se plaignait..... « C'était donc bien un état maniaque et non un état délirant. » (Benon).

Calmeil (4) (1859) rapporte cinq observations très typiques de manie post-apoplectique, sans toutefois y noter l'asthénie. Il signale chez ses malades le délire ambitieux, mais nous verrons plus loin que ce qu'on prenait pour un état délirant vrai n'était en somme qu'une manifestation psychique de l'excitation maniaque.

(1) DURAND-FARDEL. *Loc. cit.*, obs. LXXIII, p. 228 ; obs. LVIII, p. 219 ; obs. CIV, p. 380.

(2) DURAND-FARDEL. *Traité pratique des maladies des vieillards*, 1854, obs. page 95.

(3) MARCÉ. Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la P. G. ; *Gaz. méd. de Paris*, 1863, p. 498. — LWOFF. *Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau*. Thèse de Paris, 1890, p. 60. — E. DUPRÉ. *Traité de pathologie mentale de G. Ballet*, 1903, p. 4073.

(4) CALMEIL (L. F.). *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Baillière, 1859.

Marcé (1) (1863), dans ses recherches sur la démence sénile décrit, après l'attaque (p. 434), des phénomènes d'asthénie et d'hypersthénie : « Tout en conservant (après l'attaque), dit-il, leur sûreté de jugement, l'intégrité presque complète de leur mémoire, ces sujets *se fatiguent plus vite ; leur attention est moins vive et moins profonde, leur travail moins facile ; ils ont moins d'entrain, moins d'initiative*, reculent devant des résolutions un peu hardies, se laissent plus volontiers persuader, et présentent dans toutes leurs allures une différence qui frappe ceux qui les ont jadis connus. »

Puis immédiatement après (p. 434) : « Par un contraste singulier, on observe chez certains sujets, à la suite d'attaque d'apoplexie, non plus de l'affaiblissement intellectuel, mais au contraire *une exaltation cérébrale qui, sans atteindre les limites de l'état pathologique, les rend audacieux, entreprenants, crée chez eux de nouvelles aptitudes*, et communique à leur tournure d'esprit un aspect jusqu'alors inaccoutumé. »

Ces deux descriptions se rapprochent de celles de J. Tastevin et de R. Benon, que nous avons rapporté au commencement de ce travail, comme représentant l'état asthénique et l'état hypersthénique types.

Marcé cite également le cas du physiologiste Bérard. — Benon, dans son travail (2) sur l'asthénomanie post-apoplectique, insiste tout particulièrement sur ce cas et le considère comme un exemple d'hypersthénie post-apoplectique. Voici

(1) MARCÉ. *Loc. cit.*, Gaz. méd. de Paris, 1863, p. 433, 467, 497, 631, 761, 797, 831, 855.

(2) R. BENON. *L'asthénomanie post apoplectique*. *Revue de médecine*, n° 7, juillet 1911.

les faits racontés par Gosselin (1) dans son éloge de Bérard :

« Au milieu de ses occupations, en Décembre 1855, Bérard eut une première atteinte d'hémorragie cérébrale : *Il se remit assez vite, et, en apparence, assez complètement.* Pourtant ceux qui le voyaient de près, trouvèrent un changement dans son caractère : il n'avait plus la même égalité d'humeur, était moins affectueux, et se montrait plus sévère, parfois injuste, dans l'appréciation de ses collègues. Mais le changement le plus remarquable fut celui qui s'opéra dans ses habitudes scientifiques.

« M. Cl. Bernard avait, depuis peu d'années, attaché son nom aux deux plus belles conquêtes de la physiologie moderne : les fonctions du suc pancréatique et la glycogénie. Un vétérinaire distingué, M. Colin, avait cru pouvoir conclure, d'un certain nombre d'expériences, que le suc pancréatique ne servait pas à la digestion des matières grasses aussi exclusivement que l'avait cru l'habile professeur du Collège de France, et il avait lu sur cette matière un travail intéressant devant l'Académie de Médecine ; Bérard fut chargé du rapport. Aussitôt, il se met à l'œuvre avec un zèle inaccoutumé. Après avoir lu et médité le travail de M. Colin, il demande *que les expériences sur les grands ruminants soient répétées devant lui*, et, oubliant sa sensibilité d'autrefois, il *passe des heures entières à Alfort, devant les animaux en souffrance. Il ne se contente pas des vivisections de M. Colin ; il en fait lui-même de nouvelles*, d'abord sur la question en litige, ensuite sur celle de la glycogénie, vers laquelle le pousse je ne sais quelle velléité d'opposition. Tous ceux qui en ont été témoins sont encore impressionnés par l'émotion et la cha-

(1) GOSSELIN. Eloge de P. H. Bérard, *Union médicale*, nov. 1860, VII, p. 383.

leur avec laquelle il est venu lire plusieurs fois devant l'Académie les résultats, toujours admirablement exposés, de ses recherches. Quel contraste, en effet ! *Jusque-là Bérard avait préféré le travail paisible du cabinet à tout autre ; il s'était tenu éloigné des tribunes académiques, avait fui les polémiques ardentes. Aujourd'hui, le voilà expérimentateur infatigable, investigateur actif, critique passionné. Que s'est-il donc passé dans cette belle intelligence ? Aurait-elle été modifiée, sans s'amoinrir, par le coup qui l'a frappé ? L'ambition de la gloire, l'envie, se seraient-elles éveillées comme autant de symptômes pathologiques ? Il mourait trois ans après son premier ictus, le 12 Décembre 1858.*

Schutzenberger et Hecht (1) (1876), dans leur article sur l'apoplexie, signalent quelques-uns des phénomènes asthéniques qui suivent l'attaque, mais ne parlent pas de l'agitation maniaque.

A. Foville (2) (1879) rapporte un cas typique de manie post-apoplectique, dans une étude qu'il fit paraître sur les rapports entre la syphilis et la paralysie générale.

En 1881, dans un nouveau travail (3), il décrit le délire ambitieux chez un hémiplégique, qui était très vraisemblablement un maniaque.

Baillarger (4) (1881) attire l'attention sur le délire ambitieux des déments « organiques », non paralytiques généraux.

(1) SCHUTZENBERGER et HECHT, art. Apoplexie, *Dict. encycl. des sc. méd.* 1876.

(2) FOVILLE (A.). Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la P. G. *Ann. méd. psych.*, 1879, I, p. 353.

(3) FOVILLE (A.). Accès passager de délire ambitieux chez un ancien hémiplégique. *Ann. méd. psych.* 1881, I, 429.

(4) BAILLARGER. Du délire ambitieux dans les affections organiques locales du cerveau et des affections de la moelle. *Ann. méd. psych.* 1881, I, 398 (obs. I.).

Ce qu'il décrit comme délire ambitieux n'est autre chose que de la manie. Voici une observation personnelle que contient son travail :

« Une femme âgée de soixante ans, fait en 1857, un premier ictus, compliqué d'hémiplégie gauche qui disparaît. En 1895, second ictus ; la malade présente dans la suite un peu d'excitation et elle est plus difficile à vivre. En Mars 1860, nouvelle perte de connaissance avec hémiplégie gauche. « *A la suite de cette attaque, éclate le délire ambitieux accompagné d'agitation.* La malade est dominée par les idées de grandeurs. Elle se croit riche et prétend appartenir à la famille impériale. » Elle entre à la Salpêtrière le 9 juin 1860 ; le 29 juin, quatrième attaque... « Les idées de grandeurs persistent. La malade prétend que toutes les marchandises de Paris lui appartiennent. Elle a un très beau mobilier, et attend un grand héritage de sa famille. D'ailleurs excitation, loquacité, incohérence. » Mort le 7 septembre 1860.

En fait, observe Benon, cette malade apparaît comme un cas typique de manie post-apoplectique.

Ferrière(1) (1889), dans son étude sur l'état mental des apoplectiques, signale l'excitation maniaque comme survenant quelquefois à la suite d'apoplexie. « Nous avons pu, dit-il, observer quelques cas d'excitation maniaque... On peut voir chez un assez grand nombre de malades des accès d'agitation survenir comme un épisode tout à fait passager. L'excitation dure quelques heures, deux ou trois jours, et disparaît *pour revenir à des intervalles éloignés, ou faire place définitivement*

(1) FERRIÈRE. *Contribution à l'étude de l'état mental chez les apoplectiques*, Thèse de Paris 1888-1889.

au calme habituel des apoplectiques. Durant cette période, les malades sont moins dociles, ils poussent des cris, se lèvent la nuit et réveillent leurs voisins de dortoir, ils éprouvent pour ainsi dire *un besoin automatique de mouvements* et nécessitent une surveillance spéciale. »

Il ajoute avec beaucoup de raison : « Cette *excitation* apparaît souvent à une époque peu éloignée de l'attaque et détermine les familles à demander l'internement. »

« Il est d'autres malades chez lesquels l'excitation maniaque a plus d'importance et plus de durée. Ceux-ci *présentent une véritable suractivité* de toutes les facultés intellectuelles, avec une certaine incohérence... Ils appellent à grands cris leurs parents et leurs amis... font mille confidences... *Ils ne peuvent tenir en place et sont sans cesse en mouvement.* »

Il rapporte deux observations de manie post-apoplectique et une autre avec alternatives d'excitation et de dépression, dues vraisemblablement à des troubles d'ordre sthénique (1). Voici la seconde de ces observations :

« Ad..., 66 ans..., *attaque avec perte de connaissance*... Au bout d'une demi-heure il est revenu à lui sans présenter aucun trouble paralytique. Les jours suivants il a changé de caractère et de genre de vie ; il est *devenu plus irritable* et de plus a manifesté des idées ambitieuses... Il concevait de grands projets, se livrait à des spéculations hasardeuses. Un jour que sa femme lui faisait des remontrances il s'est emporté jusqu'à la menacer et la poursuivre avec un couteau... » Internement à la suite de cet événement. « L'internement, en présence des idées ambitieuses et de l'excitation

(1) FEBRIÈRE. *Loc. cit.* : 1^o obs. VIII, obs. X ; 2^o obs. VI.

maniaque crut pouvoir porter le diagnostic de paralysie générale, diagnostic qu'on a été obligé de rectifier dans la suite. Depuis son entrée, Ad... est devenu plus calme, il s'occupe à des travaux de jardinage et a abandonné à peu près ses projets. »

Lwoff (1) (1890) fait observer que « généralement le délire suit de près l'attaque... Le cas le plus fréquent, c'est l'*excitation maniaque* avec ou sans idées délirantes... Plus rarement c'est un état de *dépression* qu'on observe après l'attaque. Les malades tristes, déprimés, apathiques, ne bougent pas de leur lit ou de leur chaise, ne causent pas... Enfin, chez beaucoup de malades, ces deux états se combinent et ils passent *alternativement* de l'*excitation* avec délire des actes à la *dépression* et *vice versa*. »

L'auteur cite plusieurs observations que l'on peut considérer comme des cas d'asthénomanie post-apoplectique.

Dans un travail de Charon (2) (1899) est rapportée une observation où l'excitation a suivi l'apoplexie.

Dupré (3) (1903) écrit : « Les états psychopathiques secondaires aux lésions circonscrites d'origine vasculaire de l'encéphale s'accompagnent le plus souvent, soit d'excitation et même d'agitation, soit de dépression. Ces modifications pathologiques du ton normal de l'activité psychique suivent, en général, de près l'ictus. »

Enfin R. Benon (4), dans sa thèse, avait déjà noté la fré-

(1) LWOFF. *Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau*, Thèse de Paris 1890, p. 57.

(2) CHARON. Foyers de ramollissement cérébral et troubles psychiques. *Arch. de neur.* 1899, p. 441.

(3) DUPRÉ (E.). *Traité de pathologie mentale de G. Ballet*, 1903, p. 1069.

(4) R. BENON. *Les troubles psychiques chez les hémiplégiques organi-*

quence de l'excitation chez les hémiplésiques organiques des asiles (p. 23), et publiait plusieurs observations qui peuvent être considérées comme des cas d'asthéo-manie post-apoplectique.

Enfin le même auteur, dans son mémoire (1), publiait des observations très typiques que nous reproduisons dans la présente thèse.

ques internés. Thèse de Paris, 1905, obs. VIII, p. 85 ; X, p. 95 ; I, p. 63 ; VIII, p. 80 ; IX, p. 89.

(1) R. BENON. *L'asthéo-manie post apoplectique*, Revue de médecine, n° 7, 10 juillet 1911.

III — Etude clinique

Description. — Dans les cas qui nous occupent, le processus épuisant est représenté par l'ictus apoplectique. L'attaque s'est produite plus ou moins soudaine, plus ou moins intense. Généralement le malade reste inerte, insensible ; son faciès, plus ou moins immobile, est sans expression. La conscience est obnubilée d'une façon complète ; les réflexes sont diminués ou abolis, ainsi que la sensibilité ; les membres sont lourds, flasques, en état de complète résolution.

Asthénie. — Le coma offrira une durée variable selon la gravité de l'ictus ; mais dans tous les cas le malade sortira d'une façon graduelle de l'état asthénique qui suit l'ictus. Il a de la faiblesse musculaire et idéative. Il commence d'abord à faire quelques mouvements des membres, répond par monosyllabes, etc. Encore ces mouvements et ces paroles ne sont-ils pas spontanés. Laisse à lui-même, le malade est anéanti et silencieux.

Mais peu à peu ces phénomènes asthéniques vont disparaître, le malade, restant même parfois hémiplegique, va retrouver ses forces générales et retourner progressivement à son état normal.

Passage de l'asthénie à la manie. — Parfois, au lieu de rester à cet état normal, l'activité musculaire et psychique du sujet continue à s'accroître et réalise progressivement l'excitation maniaque, c'est-à-dire l'hypersthénie.

Manie. — « Lorsque l'état maniaque est constitué, nous dit Benon, le sujet se présente avec de l'agitation, de l'excitation intellectuelle et un caractère joyeux ou coléreux. Chez les vieillards, l'hyperidéation est souvent plus marquée que l'excitation motrice, à cause probablement de leur état physique défectueux. Le sujet cherche sans cesse à quitter son lit, il exalte sa force et sa santé, des gestes amples, multiples et variés accompagnent son discours. La parole est rapide, les phrases, souvent inachevées, sont quelquefois incohérentes et traduisent alors un certain degré d'affaiblissement intellectuel ; l'attention est vive et mobile, attirée momentanément par tout ce que le malade voit ou entend. Souvent il exprime une notion précise, un renseignement exact ; questionné, il répond de suite et bien, ou passe à un autre thème de conversation. Il a des idées de grandeur, de richesse. Il est entreprenant, actif, remuant, vigoureux, etc.

« L'état émotionnel est ordinairement (et cela malgré l'inter-nement) la gaité, la joie. Le malade est content de sa santé, content de voir ceux qui l'entourent, médecins, infirmiers, malades, etc. Parfois pourtant, sur un mot, un bruit, un geste qui le contrarie, il manifeste sa disposition à la colère, s'énervé, s'excite, injurie, menace. La sensiblerie est aussi un fait d'observation courante ; il arrive que le malade ne peut parler qu'avec des larmes dans la voix. Il est content, heureux, il s'attendrit, il pleure : et un rien, un souvenir, une

visite, une question, sont la source de larmes, de sanglots.

« L'insomnie est plus ou moins marquée, mais constante.

« En somme, c'est l'état maniaque classique, qui va de l'hypomanie à la fureur maniaque : cette dernière paraît rare après l'apoplexie. Cet état hypersthénique dure quelques semaines ou moins ; l'excitation diminue petit à petit, et le sujet, au point de vue « sthénique », revient à son état normal, d'une manière définitive ou transitoire. »

Voici quelques cas typiques d'asthéo-manie post-apoplectique :

Observation I. — R. BENON et P. BONVALLET (1)

Attaque apoplectique le 11 avril 1911. Etat d'anéantissement durant deux jours ; amélioration le 14 ; apparition progressive de l'excitation maniaque à partir du 15. Entrée à l'hospice le 6 mai (état maniaque). Guérison vers le 12 juin 1911.

Aphasie sensorielle comittente : surdité et cécité verbales, avec conservation partielle du jugement ; le malade se rend compte jusqu'à un certain point de sa situation et de sa difficulté à comprendre.

Somatiquement hémiparésie gauche et troubles dysarthriques.

Philibert, âgé de 64 ans, ancien cocher, entre à l'Hospice Général le 6 mai 1911.

Etat clinique du malade à son entrée. — Le malade offre le tableau clinique de l'excitation maniaque : loquacité,

(1) Communication au Congrès des neurolog. et des al. d'Amiens, Août 1911, et Gaz. méd. de Nantes, 1911.

propos incohérents. Agitation motrice, actes désordonnés ; Insomnie ; Etat somatique précaire ; contusions et ecchymoses faciales.

Ce malade vient de l'Hôtel-Dieu, où il était agité, criait, se levait la nuit, etc. . .

Histoire de cet état d'excitation maniaque. — Les renseignements fournis par sa fille et le personnel de l'Hôtel-Dieu nous ont permis de reconstituer cette histoire.

Le Mardi 11 avril 1911, il a eu une attaque apoplectique. Les circonstances de cette attaque sont un peu obscures. Dans la matinée, il était comme un homme ivre et il n'avait pas bu. Il s'est couché et le soir on l'a trouvé anéanti dans son lit : il avait vomi ; ses draps étaient souillés, la bouche était tournée ; il a reconnu son fils et sa fille, mais il ne disait rien.

Le 12 avril, même état.

Le 13, on le conduit à l'Hôtel-Dieu. On ne note pas de température le soir.

Le 14, le malade est calme : il demande simplement à se reposer, à dormir : « On verra demain » dit-il. On décèle un peu d'albumine dans les urines.

A partir du 15, on s'aperçoit qu'il a de l'excitation et cette excitation n'a pas cessé de croître. Le 16, il est camisolé. Livré à lui-même, il est agité, loquace, parle de ses chevaux, de son service, se met nu, se couche par terre, etc. . . Du 19 avril au 26, il fait le soir un peu de température (38°). Il reste à l'Hôtel-Dieu jusqu'au 6 mai.

Pendant qu'il était à l'hôpital, voici ce que sa fille a observé : « Quand on arrivait, il était heureux, heureux. . . Il embrassait mon amie ; j'en étais toute surprise. Il embrassait aussi mon beau-frère, lui qui auparavant n'embrassait per-

sonne... Tous ceux qui venaient le voir, il voulait les embrasser. Et puis il parlait beaucoup, beaucoup... Il disait : « Je suis bien ; j'irai à la chasse. Je vais acheter des chevaux ; je vais pouvoir rouler. Si seulement je savais lire et écrire, je ne resterais pas cocher... J'irai à l'école (il n'avait pas d'instruction). » Il voyait tout en rose, faisait des projets ; il parlait, gesticulait, riait, etc... Il se montrait galant avec les dames. Un jour même il dit à la religieuse : « Approchez, je n'ai pas peur des dames ». Il savait bien qu'il était à l'hôpital ; parfois, il disait « je suis fout... » et il pleurait ; peu après, il disait qu'il ne voulait pas mourir, qu'il était bien, etc...

Sa fille a remarqué qu'il ne comprenait pas bien quand on lui parlait.

Evolution de cet état maniaque. — Du 6 au 22 mai, le malade présente toujours le même état d'excitation maniaque : il séjourne au quartier des agités.

Le 22 Mai, il dit spontanément : « Il y a ça de bon, c'est que je ne suis pas malade. Je suis solide, il n'y en a pas beaucoup comme moi. Je suis d'aplomb (il se frappe la poitrine). C'est moi qui pêchais !... j'en ai fait des pêches !... Vous verrez ça. Je peux pêcher partout... (il était très amateur de pêche). Maintenant, je veux la paix, la tranquillité... être heureux ! » Il parle sans cesse et sa mimique est très active.

Le malade est toujours plus ou moins agité la nuit.

On constate d'autre part qu'il est aphasique sensoriel et hémiparésique gauche (malade gaucher).

2 Juin 1911. L'état maniaque va décroissant. L'excitation intellectuelle, l'agitation, l'euphorie sont moins marquées. L'insomnie est rare.

12 *Juin*. Le malade n'a plus d'excitation. Il est calme le jour et il n'est plus turbulent la nuit. Il gâte par intervalles. Il est placé dans un quartier de malades tranquilles.

L'étude de ses *troubles du langage* a donné les résultats suivants :

Aphasie motrice. — Spontanément, le malade parle assez correctement et il est aisé de comprendre ce qu'il dit. Les phrases sont bien construites.

Il désigne les objets qu'on lui montre, mais souvent avec difficulté, car il ne comprend pas ce qu'on lui demande de faire. Souvent il répète, pour un objet, le nom de celui qu'on lui a montré précédemment (intoxication par le mot).

Il ne peut répéter ou réciter quelque chose, car il ne comprend pas ce qu'on exige de lui.

Agraphie. — Le malade qui n'a que fort peu fréquenté l'école, ne savait guère qu'écrire son nom. Aujourd'hui encore, il est capable de l'écrire : l'écriture n'est pas horizontale, mais oblique en bas et à droite ; les lettres sont parfois comme imbriquées les unes dans les autres.

Cécité verbale. — Il savait un peu lire. Quand on lui montre des lettres variées, il dit toujours A..., B..., Al... Il fait de même si ce sont des chiffres. Il dit à un moment : « Je savais lire cependant ». Il n'a pas de cécité psychique.

Surdité verbale. — Il comprend les phrases simples, et encore non toujours. Si elles sont compliquées, il ne comprend plus du tout.

D. M. Philibert ? — R. M... je sais pas... (Il ne comprend pas qu'on l'interpelle. Du reste, parfois, il ne répond pas quand on l'appelle.)

D. Levez-vous. — Bien.

D. Asseyez-vous. — Bien.

D. Tirez la langue. — Bien.

D. Allez chercher votre chapeau (il est sur une chaise voisine. — Il se lève... parle de l'école, de Stanislas... et va chercher son chapeau. Il revient, le met sur sa tête et s'assoit.

D. Retirez-le. — Bien.

D. Mettez-le sur la chaise. — Bien.

D. Fermez les yeux. — Bien.

D. Vous allez mettre votre chapeau... Il le prend et le met sur sa tête. Il ne nous laisse pas lui expliquer ce que nous désirons lui faire faire.

D. Allez mettre votre chapeau sur le bouton de la porte. — Bien.

D. Tournez trois fois autour de la chaise (celle-ci a été placée au milieu de la salle). — Il va et vient trois fois, mais ne tourne pas.

D. Il faut tourner, tourner trois fois (et on fait le geste). — Il tourne trois fois, mais assez mal, autour de la chaise.

D. Vous allez mettre votre chapeau sur le lit et aller vous asseoir dans le fauteuil qui se trouve près de la porte. — Il dit : « Où le prendre ? » puis il va mettre son chapeau sur le fauteuil ; il le reprend, le rapporte et revient s'asseoir près de nous.

D. Allez chercher le chandelier et allumez la bougie (le chandelier a été placé sur une table voisine et les allumettes sont devant lui.) — Il se lève, cherche (?), mais ne rapporte rien et il se rasseoit.

D. Eteignez la bougie (elle est allumée, sur la table, devant lui). — Il ne l'éteint pas. On lui montre ce qu'il faut faire, alors il l'éteint.

D. Prenez les trois papiers qui sont sur la table. — Il les prend.

D. Donnez-nous le plus grand. — Il le donne par hasard, car il se trompe à d'autres épreuves.

D. Déchirez le plus petit et gardez l'autre. — Il donne l'un des deux, au hasard.

L'infirmier siffle un air de cor de chasse à son oreille. Il se réjouit et fredonne lui-même cet air.

A d'autres moments, il comprend très mal tout ce qu'on lui dit, même des choses brèves et simples, et cela quoique l'observateur ne le fatigue pas.

Pas d'agnosie, ni apraxie.

Quelques troubles dysarthriques : parole « pâteuse ».

Le malade se rend partiellement compte de sa situation ; il dit par intervalles : « Je voudrais dire mieux que ça..., ça fait maronner..., ça fait mettre en colère rouge... Je savais lire cependant... j'ai perdu beaucoup, beaucoup... Je n'ai jamais été aussi bête de ma vie... » Parfois aussi, il interroge : « Vous dites?... Ça fait combien ? »

Somatiquement : hémiparésie gauche.

Antécédents. — Un frère mort dans une attaque d'apoplexie ; un autre mort hémiplégique.

Le malade jouissait d'une excellente santé. Il a deux filles bien portantes. Veuf depuis quinze ans, il buvait beaucoup.

En 1901, il a eu une attaque de congestion (premier ictus) ; il n'a pas travaillé durant un mois ; il était calme. A la suite de cette attaque, il lui est resté un peu de difficulté pour parler et il n'a pu recommencer à sonner du cor de chasse, instrument dont il aimait à jouer autrefois. Mais il a repris son travail et jusqu'aux accidents cérébraux récents, il a exercé sa profession.

15 Juillet 1911. — Malade toujours calme. Gâtisme.

L'aphasie paraît augmenter.

Chez ce malade, comme chez ceux que l'un de nous a étudiés, on voit l'asthénie qui suit l'attaque apoplectique disparaître progressivement pour faire place peu à peu à un état maniaque, c'est-à-dire à un état hypersthénique.

Durant son état maniaque, ce malade paraissait d'autant moins aphasique qu'il parlait avec volubilité et qu'il était euphorique : son défaut de compréhension était rattaché à ses troubles de l'attention, lesquels sont si marqués chez les hypersthéniques. A la période hypomaniaque, la surdité et la cécité verbales apparurent clairement.

Ce malade a guéri assez vite de son excitation : actuellement il reste aphasique, en même temps qu'il présente un affaiblissement partiel des facultés intellectuelles. Pratiquement, il devrait être assisté moins dans un asile que dans un hospice.

Observation II. — (Personnelle) (1)

RÉSUMÉ. — *Alcoolisme chronique et paludisme, avec épisodes hallucinatoires fréquents, mais de courte durée. A 49 ans, cessation de l'exercice de la profession (1909).*

En Mai et Juin 1911, ictus suivis d'hémipérasie droite avec dysarthrie (gaucher) ; après le second ictus, abattement, inertie, puis épilepsie jacksonienne localisée au côté droit ; les crises, d'abord très rapprochées deviennent de plus en plus rares pour disparaître le 23 Juin ; en même temps petit à petit, le malade récupère ses forces et à partir du 24, se développe progressivement un état d'excitation qui aboutit bientôt à la fureur ma-

(1) Cette observation fera l'objet d'un travail en collaboration avec le D^r R. BENON, dans les *Annales médico-psychologiques*, 1911.

niaque ; le 24 et le 25, état hallucinatoire nocturne, qui ne reparait plus. Après l'internement (le 26), diminution de l'excitation : état simplement hypersthénique. Guérison en un mois environ. Sortie le 3 Août. — Pas d'affaiblissement intellectuel à proprement parler.

Jean-Marie, 51 ans, docker, entre à l'Hospicé Général le 26 juin 1911 (renseignements de la femme et de la fille aînée).

Antécédents héréditaires. — Père, alcoolisme chronique. Huit enfants ; deux morts en bas-âge, un, mort vers 20 ans de tuberculose.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans son enfance ni dans sa jeunesse. Service militaire aux colonies où il a séjourné cinq ans ; il y a été atteint de paludisme. Marié à 26 ans, en 1886 : dix enfants dont deux sont morts en bas-âge (cholérine, anémie ?) ; les autres seraient bien portants.

Alcoolisme chronique (docker) depuis environ 20 ans, avec épisodes aigus hallucinatoires ; ceux-ci qui ne duraient que de un à trois jours, se produisaient quelquefois chaque semaine, quelquefois tous les deux ou trois mois ; assez souvent, ils coïncidaient avec des poussées de fièvre intermittente. Dans ces accès, il était en proie à des troubles psycho-sensoriels intenses, avec agitation anxieuse, violente : « il voyait des animaux... il combattait avec les chinois (il a passé deux ans au Tonkin)... il fallait se sauver dans le grenier avec les enfants, dit la femme ».

Psoriasis depuis environ 1895.

Histoire de la maladie. — Depuis l'hiver 1908-1909, le malade n'exerçait plus sa profession. Il restait à la maison où il surveillait les enfants, faisait en partie le ménage, la cuisine, etc. ; ses jambes étaient faibles, il marchait avec une

canne. Il sortait cependant presque tous les jours. Les épisodes aigus alcooliques persistaient.

Vers le 25 mai 1911, *premier ictus* : l'après-midi il était sorti se promener ; il est tombé ; quand on le ramena, il était paralysé du côté droit et il avait de la difficulté à parler. Ces troubles s'amélioraient quand le 6 juin il présenta un *second ictus* ; il était environ dix heures du matin ; il fit sa chute dans la rue, près de chez lui ; il resta sans connaissance environ dix minutes. Revenu à lui, il avait la langue tout à fait paralysée, et le côté droit était très faible. Néanmoins l'après-midi, sa femme le conduisit à une consultation. Au retour, il était énervé et comme égaré ; il ne savait où il allait. Sa femme réussit à le coucher. La nuit fut agitée : vers trois heures du matin, il se leva, s'habilla à la hâte et dit : « J'ai un mandat à toucher, il faut que j'aille à la Trésorerie ». Il se sauva dans la rue ; quand on le retrouva, il « grattait dans le sable (?) » ; à la vue des siens, il prit de nouveau la fuite... et vers quatre heures il rentra seul, se coucha et resta calme.

7 Juin : Il garda le lit toute la journée ; il reconnaissait les personnes qui le visitaient ; il était incapable de parler ; il a dormi un peu. La nuit fut assez bonne : il cherchait à se lever.

8 Juin : Plus abattu que la veille, il ne faisait aucun mouvement.

9 Juin : Il est administré par le prêtre. C'est à peine s'il a sa connaissance.

10, 11 et 12 Juin : Même état d'anéantissement. Gâtisme.

13 Juin : Ce jour apparaissent des crises d'épilepsie jacksonienne localisée au côté droit.

Chaque crise durait une à deux minutes : pendant les premiers jours, elles se répétaient toutes les dix minutes environ.

Peu à peu elles s'espacèrent pour ne plus se produire que quelques fois dans la journée ; la femme dit en avoir compté plus de trois cents ; la dernière eut lieu le 23 juin.

Au fur et à mesure que les crises s'espaciaient, à partir du 20 environ, l'entourage remarquait que le malade allait de mieux en mieux et récupérait progressivement ses forces ; dans l'intervalle des crises il était moins anéanti, il avait ses idées, il prononçait quelques paroles, il demandait à boire, à fumer, etc... Pour le « remonter » on lui donnait du vin, du rhum, etc...

Le 24, il commença à s'exciter et parlait beaucoup, lui qui ne pouvait articuler les mots depuis sa première attaque ; il gesticulait, cherchait à se lever. Dans la nuit survinrent par intervalles quelques phénomènes morbides d'ordre psycho-sensoriel : il voyait des pièces de cinq francs tomber dans le plafond ; il demandait le balai pour ramasser tout l'or et l'argent qu'il y avait dans la chambre... Ou bien c'était des soldats chinois, des trous, il avait peur...

Le 25, l'excitation s'accroît : « l'excitation a monté peu à peu ; plus ça allait, plus c'était pire. Il parlait sans cesse et était toujours debout : il racontait ses campagnes dans leurs plus petits détails ; chaque fois qu'il entraînait quelqu'un il recommençait. Il parlait du Ministre de la Guerre qui devait lui faire remettre un secours pour ses campagnes. Il voulait aller travailler, disant qu'il était bien portant. Quand on le contrariait, il donnait des giffles, des coups de poing, cherchait à mordre si on le maintenait, etc... A d'autres moments, il était gai, blaguait et riait de ce qu'il disait ; il était content, il chantait des chansons en breton ; c'était un casse-tête. Il disait tout ce qui lui venait à l'idée. Parfois il jouait avec sa cigarette et mettait l'extrémité allumée dans sa bouche ;

ou bien il se couvrait la tête avec les draps et riait, etc... Il parlait d'emmener tout le monde faire la bombe sur la côte Saint-Sébastien.

La nuit, par intervalles, même état hallucinatoire : visions agréables ou pénibles.

Le 26, excitation coléreuse permanente (manie furieuse) et internement. A l'asile, la nuit fut calme ; le malade dormit assez bien et n'eut pas d'hallucination.

Etat actuel, 27 Juin 1911. — Le malade se présente en état d'excitation maniaque. Il n'est pas coléreux, mais euphorique ; il parle volontiers, avec chaleur ; les gestes sont vifs et amples ; il est attentif à tout ce qui se dit ; sur ce qu'il voit, entend et comprend, il fait des réflexions qui témoignent d'une activité intellectuelle très marquée. Malgré son hémiplegie droite, il marche d'un pas assuré et sans canne, lui qui autrefois — on l'a vu — ne pouvait s'avancer qu'avec l'aide d'un bâton.

« Non, je ne me sens pas malade. Je vous prie de croire que je « suis d'attaque », que j'ai du sang... et pourtant j'ai du mauvais sang (il montre son psoriasis)... Je ne demande qu'à travailler... quand je ne gagnerais que trois francs par jour... Si en plus le Gouvernement me donnait trois ou quatre cents francs pour mes campagnes... »

Nous nions devant lui sa force ; nous lui expliquons qu'il est paralysé, etc... Il reconnaît qu'il est moins fort qu'autrefois du côté droit, mais il déclare qu'il est encore solide, s'excite peu à peu et veut qu'on lui apporte un sac de cent kilogs pour qu'il le soulève. Il accompagne cette déclaration de gestes vigoureux.

Prié de marcher, il va et vient dans la salle, à grands pas ; il oscille parfois à cause de son hémiparésie droite, mais

« ce n'est rien... ça reviendra... il est d'attaque... il est vigoureux ».

Livré à lui-même, il ne tarde pas à nous parler de ses campagnes du Tonkin : « Quand on est sorti de la forêt, le lieutenant-colonel a fait mettre baïonnette au canon... on en a fait des razzias... un chinois m'a piqué aux genoux avec son arme, je l'ai étranglé... etc... etc. »

Il nous chante une chanson des bataillons d'Afrique. Il ne s'attendrit pas aisément.

Il se souvient de ses accidents hallucinatoires : « Durant deux ou trois jours, oui je ramassais des louis d'or ; je les mettais dans ma poche et puis je n'y trouvais plus rien... parfois aussi j'avais peur : je croyais tomber dans l'eau... je voyais des rats, des souris... Cette nuit j'ai bien dormi ».

Il est bien orienté dans le temps et dans l'espace ; il fournit rapidement et avec exactitude les dates de sa naissance, de son mariage, etc... Il n'a pas d'affaiblissement des facultés intellectuelles à proprement parler. Il se rend compte de ses troubles de la parole, de son hémiparésie, etc., mais il ignore à quelle date exacte il a eu ses attaques et ses crises nerveuses.

Au point de vue somatique, on constate une hémiparésie droite (malade gaucher) : la force musculaire est diminuée à droite ; le réflexe rotulien droit est plus faible (?) que du côté gauche ; le réflexe plantaire est normal des deux côtés ; la commissure droite est abaissée. Troubles dysarthriques marqués. Pas d'inégalité des pupilles, ni altération de leurs réflexes. Pas de gâtisme.

30 Juin : Même excitation motrice et intellectuelle : état hypomaniaque. Exalte sa force, raconte ses campagnes, etc.

Au quartier où il se trouve il cause avec les uns et les autres, marche, réclame sa sortie pour aller travailler.

6 *Juillet* : Toujours hypersthénique : « Ça va bien... j'ai bien mes idées... je ne demande qu'à rentrer dans ma famille... »

12 *Juillet* : « Je suis aussi bien que possible. Ma femme me trouve mieux qu'avant ma maladie... La parole est bien revenue... etc.

Sa femme en effet nous dit que « il y a six mois, un an, il était plus « affligé » que maintenant, il marchait avec une canne, il avait moins de force, et elle ajoute : « il a bien changé ; je n'aurais pas cru qu'il serait revenu aussi bien que cela en si peu de temps... »

25 *Juillet* : Revient peu à peu à son état antérieur : il a repris son bâton.

3 *Août* : Guérison de l'excitation maniaque. Sortie. Persistance de l'hémi-parésie droite.

Observation III. — D^r BENON (1)

Attaque apoplectique le 9 janvier 1911 ; coma ; durant huit jours, abattement général, anéantissement complet, sans confusion mentale avec gâtisme. Rétablissement progressif des forces, disparition du gâtisme ; retour à l'état antérieur au bout de huit jours, mais avec hémi-parésie droite. Durant huit à dix jours, état de santé parfait : la malade travaille comme auparavant. Peu à peu, à partir du 2 février, apparition d'un état maniaque typique : excitation intellectuelle, agitation, exaltation de la force musculaire, euphorie, colère, attendrissement, etc. Bizarreries, idées mystiques, idées de richesse, des atis-

(1) Les observations du D^r R. BENON ont paru dans la *Rev. de méd.*, 1911.

faction. Insomnie. Décroissance progressive de l'état maniaque, qui a duré vingt à vingt-cinq jours.

Asthéno-manie post-apoplectique.

Armandine, 82 ans, autrefois cabaretière, puis cultivatrice, est amenée à l'Asile clinique, le 11 février 1911.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 96 ans « de vieillesse ». Mère, devenue mélancolique, à la suite de revers de fortune, et placée dans une maison de santé.

Antécédents personnels. — Santé robuste. Erysipèle à 32 ans ; insomnie habituelle depuis cette maladie. Mariée deux fois, à 22 et à 48 ans. Trois enfants du premier mari : un, mort à deux mois, les deux autres vivants. Pas d'enfants du second mari.

Elle n'est venue à Paris, chez ses enfants, qu'en 1909. Auparavant, elle a vécu, à la campagne, dans le Loiret, ou elle a tenu longtemps un petit cabaret ; puis, plus tard, avec son second mari, elle a travaillé à la culture. C'était une femme fière, hautaine ; elle aimait à se vanter et à vanter les siens ; elle voulait toujours paraître avoir plus qu'elle n'avait. Elle était égoïste, personnelle, toujours bien propre et tirée à quatre épingles.

Histoire de la maladie. — Avant son ictus, depuis la fin de 1909 environ, elle se plaignait parfois d'étourdissements ; elle était un peu plus susceptible, mais sa mémoire était bonne. En fait, elle se portait très bien, n'était jamais malade, travaillait au ménage, lisait, écrivait sans lunettes.

Le dimanche 8 janvier 1911, à la suite du déjeuner, vers trois heures, elle se sent indisposée, s'assoit ; on veut la porter sur son lit, elle refuse ; elle y va seule et tombe. Elle reste dans le coma jusqu'à environ deux heures du matin. À ce

moment, elle fait quelques mouvements, ouvre les yeux et répond à quelques questions par monosyllabes.

Pendant huit jours, jusqu'au 16 janvier, elle reste dans un état d'abattement général ; elle était assoupie, anéantie, comme épuisée. Elle ne parlait presque pas ; elle restait immobile sur le dos. Elle reconnaissait bien ses enfants et ceux qui venaient la visiter. Elle gâtait dans son lit ; la langue était sèche, rôtie ; on la croyait à l'agonie. Elle n'absorbait que de l'eau. La nuit parfois, elle cherchait à se lever et elle tombait de son lit. Si on lui demandait pourquoi elle se levait, elle disait qu'elle voulait uriner ou qu'elle avait soif.

Du 16 au 24 janvier, elle se remet lentement, tout doucement ; elle ne gâte plus ; elle fait remarquer que son bras droit est plus lourd que le gauche (hémiparésie droite) ; elle sent ses forces revenir ; elle demande à se lever. Elle tient un peu sur ses jambes, mais elle a peur de rester paralysée.

Pendant huit jours environ, jusqu'à la fin de janvier, elle est tout-à-fait bien ; elle se lève, vaque aux soins du ménage, comme avant sa maladie ; elle était un peu plus faible du côté droit, traînait la jambe, mais ne s'inquiétait pas. Si on lui disait : « Mais vous avez été très malade », elle répondait : « Mais non, pas tant que cela ». En somme, on la croyait guérie et sauvée, d'autant qu'elle avait toujours été bien portante. Sa belle-fille se décide de nouveau à la laisser seule.

Le 2 février 1911, l'après-midi, durant une absence de sa bru, elle descend chez les voisins, va chez les commerçants du quartier « pour faire voir comme elle était bien ». Elle dit à tout le monde : « Voyez, je suis sauvée. Vous ne pensiez jamais me revoir. » Certaines personnes furent un peu surprises, d'autant qu'elles la connaissaient assez peu, car

auparavant la malade ne voisinait pas et ne bavardait guère. Enfin, chacun se réjouit avec elle.

Le 4 février, elle se coupe les cheveux « Pourquoi ? » « Parce que c'est plus facile pour se coiffer. » Ses enfants trouvent cela bizarre de sa part, sans y attacher tout d'abord de l'importance. Mais, durant la nuit elle ne dort pas. Elle se promène nue dans la chambre ; elle dit qu'elle cherche son corset, et elle l'a dans la main. Elle reste une heure, assise en pantalon, devant la fenêtre ouverte, malgré le froid, malgré les observations de ses enfants.

Le 5, l'après-midi, elle fait sa toilette, manifeste une joie comme elle n'en avait jamais éprouvée depuis sa maladie : « Ah ! je suis contente, c'est une fête pour moi de mettre mon bonnet de linge ». Le soir, au dîner, elle se met à chanter. Etonnement général. A partir de ce moment-là elle a été de plus mal en plus mal. La nuit, elle ne cesse de se lever, de parler, réclame la bougie qui est près d'elle, allume des allumettes, etc.

Du 6 février, jusqu'au 11, jour de son placement, son activité est tout-à-fait désordonnée. Elle ne peut plus s'occuper du ménage, quoi qu'elle se prétende capable de tout entreprendre. Elle jette la boîte à ordures au milieu de la salle à manger ; elle utilise son châle pour les soins du corps, puis comme toile à éponger. Elle veut laver la vaisselle avec des chaussettes. Elle mélange du lait avec du vin, sous prétexte que : « C'est doux pour sa gorge. » Elle néglige sa toilette, va boire du vin chaud chez les voisines, elle qui était si rangée. Elle était gaie, causait tout le temps.

Elle parle de Jésus-Christ, elle l'invoque pour qu'il dise « la couleur que ses parents ont en oiseaux ». Or, avant elle ne voulait jamais entendre parler de religion. Elle a de

l'argent, jusqu'à des millions ; on va s'établir marchand de vins rue Saint-Antoine. Elle jette des pièces d'argent aux mendiants, dans la rue. Elle dit qu'elle voit dans la glace, des gens qui sont à la noce ; elle leur tire la langue, parce qu'ils lui font des grimaces. Elle dit à sa bru : « Regarde donc, regarde donc ! » Et elle rit aux éclats. Comme sa belle-fille ne se tourne qu'à moitié pour voir, elle lui dit : « Allons, ne te fiche pas de moi, tu n'as pas pu voir ». Elle déclare que sa vie est un roman ; elle va l'écrire. Elle raconte tout ce qu'elle a fait. Elle ne gâte pas, mais elle renverse ses matières fécales sur le parquet. Elle veut nettoyer la chambre avec de l'eau et salit partout. Alors, elle se fâche, quand on l'interrompt, et entre dans une colère terrible : les yeux lui sortaient de la tête, dit la bru.

Le 11 février, on la conduit au commissariat, puis à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police. Elle croyait qu'on allait inviter quelqu'un à dîner ; elle était joyeuse, voulait qu'on parte en voyage, qu'on emporte un poulet, etc. Elle parlait tout le temps. A l'Infirmerie, on note : excitation, bavardage, insomnie, idées de grandeur, de richesse.

Etat actuel le 12 Février 1911. — La nuit, la malade a été turbulente ; elle causait, se levait, voulait s'en aller.

Elle sommeille, lorsque nous l'approchons : « Attendez que je me réveille, je pourrai mieux causer », et peu à peu, elle s'excite, parle sans cesse, en gesticulant du bras gauche ; elle est attentive à ce qui se dit et se fait. L'œil est vif : le discours rapide, précis. « Ah ! si l'autre nuit j'avais eu un bon lit comme cela, pour me reposer ! Oui, je suis bien ici. L'établissement est beau... Laissez-moi causer, ne m'interrompez pas (énervement)... Mes enfants ont bien fait de m'amener ici... Je suis en grande compagnie ; tantôt je leur

chanterai quelque chose. Je suis forte, vigoureuse, plus que vous... Je pourrais lutter avec vous... Oh ! oui je suis bien portante, et puis on en aura de l'argent, etc. » Elle s'attendrit quand on lui parle de ses enfants. Puis elle rit, blague, raille ses compagnes, se moque des infirmières : « L'une surveille, l'autre brode, celle-ci se dandine, etc. »

Peu ou pas désorientée dans le temps, elle sait qu'on est en février 1911, elle dit aussi le nom de l'hôpital, son adresse, etc. L'affaiblissement intellectuel, s'il existe, est très léger. Elle n'est pas confuse.

Somatiquement, hémiparésie droite, sans aphasie. Signe de Babinski à droite ; réflexes rotuliens plus forts à droite. Amaigrissement. Langue sèche. Pas de température.

14 Février 1911. Même état. Nuit turbulente. Souriante, euphorique, elle exalte sa force, cause avec volubilité, mais sans incohérence. Elle s'énerve facilement, cherche à se lever. Pas d'excitation génitale. Etat physique très amélioré.

Le 16 Février. Hypersthénie toujours manifeste. Elle s'assoit vite dans son lit, montre comme elle marche aisément quoique sa jambe droite reste traînante...

« Je suis bien... oui, j'ai été malade, avant de venir ici, mais maintenant, je vais vivre plus de cent ans. Je suis aussi forte qu'à 50, je ne dis pas aussi forte qu'à 18 ans, non, j'ai 84 ans. Quand je suis restée au lit, je les voyais aller et venir ; on me croyait morte, je suis ressuscitée.

D. « Depuis quand êtes-vous ici ? » R. « Il y a trois jours, il y aura demain jeudi quatre jours. Je suis venue le dimanche ; c'est le samedi que j'étais dans le cachot (Infirmierie spéciale). Tous ces récits sont exacts. Elle sourit, parle vite, gesticule, se perd en explications minutieuses, s'excite : « Si on voulait me donner mes effets, je partirai. Ma bru a voulu se débarrasser

de moi ; elle me racontait des histoires dans la voiture (quand la malade a été conduite à l'Infirmierie spéciale), mais ça ne prend pas ces plaisanteries là. On a voulu me le mettre, mais je l'ai mis à plus malin... » Etat hypomaniaque.

Le 18 Février 1911. Nuit agitée. Elle empêche tout le monde de dormir, elle a réponse à tout ; elle ridiculise les uns et les autres, etc. Elle se promène nue dans le couloir. Elle crie, se met en colère si on la contrarie. Elle proteste si on l'empêche de parler : « Je suis avocate, je défends les malades ; j'ai le droit de parler. »

7 Mars 1911. La malade a été transférée à Villejuif. Durant une semaine environ elle a été, par intervalles, signalée comme turbulente, et elle a exprimé quelques idées de grandeur. Aujourd'hui, bien orientée dans le temps et dans l'espace, elle n'a que de légers troubles de la mémoire de fixation. Lorsqu'on lui raconte tout ce qu'elle a dit, elle déclare que tout cela, ce sont des « blagues », et qu'elle veut sa sortie. Elle reconnaît qu'elle a été malade, qu'elle avait besoin de repos, mais elle est guérie. Elle a été très faible, après son attaque, mais aujourd'hui, elle est rétablie et elle désire retourner près de ses enfants. L'hémi-parésie droite persiste, peu accusée.

Observation IV. — D^r BENON

Attaque apoplectique avec convulsions le 17 février 1911 : perte de connaissance de dix à quinze minutes ; phénomènes asthéniques consécutifs, disparaissant peu à peu en cinq jours. — Apparition progressive de l'excitation maniaque ; bizarreries, puis agitation motrice et hyperidéation avec gaieté, contentement, sensiblerie, etc.

A son entrée à l'hôpital, 26 février 1911, excitation motrice et intellectuelle, euphorie, satisfaction. Affaiblissement partiel des facultés mentales ; attentif, il cherche, réfléchit, suit son idée, discute, se corrige, etc...

Hémiparésie droite ; pupilles inégales, déformées, paresseuses. Dysarthrie marquée ; regard vif.

Le 23 mars 1911, diminution de l'excitation qui a duré dix à douze jours, mais persistance de l'état euphorique, sans idée de grandeur. — Affaiblissement des facultés.

Jacques... , ravaleur, 41 ans, est amené à l'Asile clinique, le 25 février 1911. Sa femme nous donne des renseignements sur lui :

Antécédents. — Un frère mort de méningite à deux ans. Homme robuste, n'a jamais été malade. Marié à vingt-trois ans (1893), sa femme n'a pas eu d'enfants ni fait de fausses-couches. Quelques excès de boisson, vin blanc et apéritifs. Caractère affectueux, un peu jaloux et emporté. Mais ses colères se dissipaient très vite. Habituellement plutôt gai, surtout en compagnie.

Histoire de la maladie. — Ictus le 17 février 1911. Avant son ictus, ni ses camarades de travail, ni sa femme, n'ont rien remarqué d'anormal dans sa conversation, ni dans ses actes. La femme dit simplement qu'il avait parfois des étourdissements, depuis deux ans, et qu'il se plaignait d'un peu de fatigue depuis deux mois.

Le vendredi 17 février 1911, vers cinq heures et demie du soir, il revenait du travail, avec ses camarades, dans le train de la Ceinture. Un peu avant de descendre à Ouest-Ceinture, pour aller chez lui, on remarque qu'il avait une difficulté extrême pour parler, mais il ne perd pas connaissance. Il

rentre seul chez lui. En arrivant il parlait correctement, mais il se plaint de froid, de fatigue et se couche. Le soir, vers neuf heures, attaque apoplectique avec convulsions ; il a quelques contractions brusques, du ronflement, sans troubles des réservoirs ; la perte de connaissance ne dure que dix à quinze minutes. Quand il revient à lui, il dit : « Qu'est-ce que c'est que tout ce monde-là ? » — « Mais tu as été malade. » — « Je vous remercie d'être venu. Ce ne sera rien... Qu'est-ce que j'ai eu ? » Il reconnaît parfaitement les voisins que sa femme était allée chercher à la suite de sa crise. Le médecin est venu ; il le reconnaît également et s'endort. La nuit a été bonne.

Le 18 février 1911, il se lève vers deux heures de l'après-midi. « Quelques jours de repos, disait-il, et je recommencerais à travailler ». Il avait un peu de difficulté pour parler. Nuit calme.

Le 19. — Levé vers midi. Quelques selles diarrhéiques. Il se plaint de faiblesse.

20. — Il sort l'après-midi avec sa femme : « Il faut que je marche, ça me donnera des forces », La parole est plus facile.

21. — Nouvelle promenade ; quelques selles liquides. Il achète un journal et s'y intéresse. Il n'avait rien lu depuis son attaque. Nuit toujours excellente.

22. — La journée a été bonne ; il dit qu'il va recommencer à travailler.

23. — Il se sent bien, il est dispos. Mais lorsque sa cousine vient le voir, il manifeste un tel contentement que sa femme en est surprise. Il veut sortir, le soir, vers cinq heures : « J'ai mal à la tête de ne pas sortir ». Dehors, il a un étourdissement et il consent à rentrer. Il se couche, mais il ne dort pas ; sa femme veut lui faire prendre une pilule, il lui dit en

riant et d'un air bizarre, drôle : « Elle est bien petite, cette pilule... comment veux-tu que ça me fasse de l'effet ? Il n'avait jamais fait semblable réflexion à ce sujet. A la longue tout de même il s'endort.

24. — Journée relativement calme, mais il ne cesse de parler ; il marche, il faut aller se promener. De plus, la nuit est très mauvaise, il ne dort pas et s'agite. Quand sa femme veut lui donner une pilule, pour son insomnie, il lui dit : « Non, pas celle-là ! » Elle lui en présente une autre : « Mais non, pas ça ! » Et, petit à petit, il s'excite, crie, appelle, et dit en riant aux voisins : « Venez vite, ma femme est folle. Soignez-là, elle est malade, la pauvre fille ! » et il s'attendrissait.

On doit le maintenir au lit : il se lève sans cesse et veut prendre un pantalon pour sortir. Il ne s'arrête pas de parler : il cause de lui, de sa femme, de son métier, des camarades, etc., etc. ; le matin, il ne peut plus s'exprimer tellement il en a dit.

Le médecin vient dans la nuit à trois heures du matin ; il lui dit : « Soignez-moi bien, j'ai eu une crise. Mettez-moi de la glace, ça me fera du bien ! » Après le départ du docteur, il a dit à sa femme : « Comme ce médecin m'a bien ausculté ! Quelle célébrité ! Y en a-t-il des célébrités, tout de même ! »

Par moments, il s'allonge dans son lit, reste immobile et dit : « Je suis fatigué, je vais mourir... Vous voyez, je suis mort. » Puis, il recommence à s'exciter.

Quand son frère vient à quatre heures du matin, il manifeste une joie extraordinaire ; il en pleure. « Comme je suis content de te voir !... Comme je suis content ! »

25. — Même agitation avec euphorie. Quand sa sœur arrive, dans la matinée, il lui dit aussi : « Ah ! je suis heureux

que tu sois venue... je suis heureux... » Du reste, il est heureux et content de tout et de tous : « Que je suis content de vous voir tous ! » C'est un contentement... un contentement, dit sa femme. Il embrasse tout le monde, il avance la tête et donne des baisers. Il a accepté tout de suite quand on l'a prié de descendre pour aller en voiture, en vue de l'internement.

Etat actuel, 26 février 1911. — La nuit a été calme ; le malade a dormi. Pas de température.

Il se présente en état de légère excitation motrice et intellectuelle, avec euphorie. Il exalte sa force, gesticule, parle avec volubilité : « Oh ! la force, je la sens bien ; j'ai de bons bras ; voyez si je marche bien. » Il saute, court, et sur notre prière, il entonne la *Marseillaise*. Il est content, ne se plaint pas de son séjour à l'hôpital, ne demande pas à sortir. Il ne se met pas en colère quand on le contrarie, et ne s'attendrit pas lorsqu'on lui parle des siens.

Au point de vue intellectuel, il est assez peu affaibli. Il voit qu'il est à l'hôpital. Quel hôpital ? A Necker... non, pas à Necker (il cherche à nous empêcher d'écrire ce mot...), à l'hôpital (il secoue la main gauche et manifeste de l'impatience)...

En quelle année sommes-nous ? — 1901, heu, heu... 1911, 1910, 1912... C'est 1911 (il faut attendre, ne pas presser le malade).

Quel mois ?... Le 1^{er} mars... non, le 27, le 28 février, le... le... ah ! c'est pas ça, il cherche, réfléchit.

En quelle saison sommes-nous ? — On va être en mars. C'est l'hiver, c'est la fin, pas tout-à-fait la fin... C'est la fin de février.

Il se trompe sur le jour, mais dit bien l'heure exacte.

Il donne son nom, ses prénoms, sa profession, hésite pour son âge (42, 43 ans, 41).

Il sait bien où il habite, où il s'est marié, où il est né.

Il sait en quelle année il est né, mais il ne peut trouver la date de son mariage : « Voyons, en... 69... Non, je suis né en 69 (exact), le 23 juillet (exact)... On s'est marié, voyons... 41 ans?... il y a 20 ans... (Il cherche, réfléchit, suit son idée, mais ne parvient pas à trouver).

Mais qu'est-ce qu'il vous est arrivé ? Pourquoi ne travaillez-vous plus ? Voyons, c'était un vendredi... je suis tombé le vendredi (exact)... oui, en février... mais pas de cette semaine... Oh ! je suis resté plus que cela... Non, c'était un jeudi... ? C'est pas ça... (cherche), c'est pas ça... (il cherche toujours, il écoute si on l'interrompt).

Le malade a de la suite dans les idées ; il est attentif, il réfléchit, il fait effort pour répondre, il hésite, attend, compte, se corrige, apprécie, discute. Il n'est pas indifférent aux choses qu'on dit devant lui, ou qu'il exprime spontanément. Il ne s'énerve que rarement. Il est surtout euphorique, bien disposé à répondre, à donner des explications sur les points qui intéressent l'observateur.

A propos de la syphilis, il nous dit : « J'ai eu un bouton, mais ce n'était pas dur ».

Somatiquement, hémiparésie droite avec extension de l'orteil, abaissement de la commissure, déviation de la langue, etc. Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés. Quelques tremblements de la langue et surtout des muscles péri-buccaux. Pupilles inégales, déformées et paresseuses. Troubles dysarthriques. Regard vif et expressif.

27 février 1911. — Nuit calme. Même état, satisfait, sans

idées de grandeur ni de richesse. « Oh ! oui, je suis fort ; je n'ai pas perdu ma force. »

Légère excitation.

28. — Céphalée. Troubles de la parole très marqués ; il trouve difficilement ses mots.

1^{er} Mars. — Il continue à être calme la nuit. Il a beaucoup de difficulté pour s'exprimer. Il cherche à écrire sur un carnet. Pas aphasique, mais disarthrique. Il persiste un léger degré d'excitation motrice et intellectuelle.

23. — Transféré à Bicêtre, le 1^{er} mars, il a séjourné trois ou quatre jours aux agités. Actuellement, il est tout-à-fait calme, mais encore euphorique ; un jour que quatre ou cinq personnes le visitaient, il s'exalte et dit : « Je vous invite tous à dîner ». Pas d'idées de grandeur ni de richesse ; satisfait, mais non extravagant. Il évoque toujours très difficilement les dates et précise avec peine et lenteur les faits récents ou passés.

Les troubles dysarthriques sont encore très marqués.

Même état somatique.

Démence organique probable avec lésions circonscrites.

IV — Diagnostic et Pronostic

Diagnostic. — Cliniquement, ces faits sont en général d'appréciation facile. L'asthénie qui suit l'attaque ne devra pas être mise sur le compte d'un *affaiblissement des facultés intellectuelles*. Parfois le facteur *confusion mentale* peut gêner le diagnostic.

L'état hypersthénique peut être plus facilement cause d'erreur, surtout quand l'évolution de la maladie n'a pu être convenablement observée. La confusion avec un délire de grandeur pourra être faite. Mais une observation un peu prolongée montrera vite qu'il n'y a pas de délire véritable. Ainsi chez la malade de l'observation III, les idées de grandeur et de richesse n'ont pas duré; elles ont disparu avec l'hypersthénie, dont elles étaient une variété d'expression. Comme nous l'avons relaté dans notre historique, à propos des faits rapportés par Calmeil, Foville, Baillarger, on voit que la confusion a été faite fréquemment. L'observation de Ferrière que nous avons citée est à ce point de vue très typique (p. 16). Au reste, les maniaques ayant à cause de leur hypersthénie une force inaccoutumée, une facilité extrême à penser, à se remémorer, il n'y a rien de surprenant à ce qu'ils soient entreprenants,

audacieux. Quoiqu'il en soit, il y a là une cause d'erreur qui peut embarrasser le diagnostic.

Il en est une autre, et la même observation de Ferrière que nous venons de rappeler en est encore un exemple : Chez les malades présentant un certain affaiblissement des facultés, de l'embarras de la parole et autres signes physiques plus ou moins nettement ébauchés, ce même délire ambitieux peut servir d'appoint pour faire porter momentanément un diagnostic de paralysie générale, alors que l'évolution de la maladie vient bientôt en démontrer la fausseté.

En général, cependant, le diagnostic ne souffre pas de grosses difficultés pour celui qui tient compte des phénomènes hypersthéniques et qui cherche à se renseigner sur l'origine de la maladie.

Pronostic et évolution. — De l'étude des divers malades dont les observations ont été publiées, il ressort que le pronostic immédiat n'est pas trop sombre, que d'une façon générale l'état asthénique et l'état maniaque ne se prolongent pas d'une façon très longue ; on peut donc faire espérer à la famille et à l'entourage une guérison assez prochaine et complète, tout au moins momentanément. Mais sera-t-elle définitive ? C'est là, en réalité, que réside la gravité des états asthénomaniaques. Si l'évolution de la crise première suit en général une marche relativement bénigne, l'avenir peut être sombre, comme le démontrent les observations suivantes : on voit dans ces cas survenir la psychose périodique ou maniaque dépressive (Dysthénies périodiques).

Observation V. — D^r BENON

Le 17 décembre 1908, épistaxis, puis ictus apoplectique : asthénie très marquée durant huit jours ; rétablissement progressif de la malade. Puis, excitation maniaque ; parle beaucoup, devient entreprenante, fait des projets, doit gagner des millions, etc. ; euphonie habituelle, avec cependant colères par intervalles. Durée de cette excitation : trois à quatre mois (elle a acheté un fonds de commerce et a perdu mille francs).

Asthéno-manie post-apoplectique typique.

D'avril à décembre 1909, calme, mais diminution de la mémoire. En décembre 1909, angine phlegmoneuse ; elle guérit, mais, très amaigrie, elle doit garder trois mois le lit, jusqu'en mars. Amélioration somatique considérable ; alors alternatives d'excitation et de dépression (asthénie), d'abord régulièrement périodiques.

Placement à l'Asile en février 1911. Démence dite « organique ». Affaiblissement partiel des facultés mentales ; persistance des alternatives d'excitation et de dépression.

Eugénie, 44 ans, commerçante, entre à l'Asile clinique le 15 février 1911.

Antécédents héréditaires. — Une sœur, morte à 57 ans, a eu un accès de délire qui a duré quatre mois. Un frère alcoolique. Grand'mère maternelle morte vers 60 ans, « dans un accès de colère contre une voisine ».

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans son enfance, ni dans sa jeunesse. Mariée à 20 ans (1886) : trois enfants, bien portants, un mort du « froid » ; trois ou quatre fausses-couches. Quelques excès de boissons. Coliques de plomb vers 1884. Mari mort en 1910.

Peu instruite, mais très adroite dans son commerce. Facile à contrarier, mais pas de colère prolongée.

Histoire de la maladie. — Voici ce que raconte sa bru, avec laquelle la malade vivait. Le 17 décembre 1908, l'après-midi, elle est prise d'un saignement de nez très abondant, qui a duré près d'une heure. Le soir, très abattue, elle ne dîna pas ; la nuit fut bonne. Le lendemain matin, 18 décembre, au réveil, ictus apoplectique avec hémiplegie droite. Elle revient à elle au bout de deux à trois heures ; elle reconnaît les siens, mais toute la journée elle demeure immobile, comme anéantie ; souvent, elle sommeillait.

Elle reste au lit durant huit jours, elle était faible ; elle parlait peu, mais elle se rendait compte que son côté droit était paralysé, le bras surtout, dans lequel elle accusait des picotements. Elle ne s'intéressait à rien ; pour la faire causer, il fallait élever la voix ; si on n'insistait pas, on n'obtenait pas de réponse.

Elle se remit petit à petit ; les premières fois, lorsqu'on la tenait debout, elle était très faible ; ses forces revinrent progressivement et, au premier de l'an (1^{er} janvier 1909), elle était « revenue à son état normal », sauf la paralysie du bras droit, qui a persisté et qui persiste encore. Elle travaillait au ménage, ne se plaignait plus du manque de force.

Mais, surtout à partir du dimanche 3 janvier 1909, on remarque qu'elle devient bizarre, excitée, entreprenante. Elle parle beaucoup, va chez les voisines, se promène, est infatigable. Bientôt, elle parle d'acheter un fonds de commerce ; or, elle était retirée des affaires ; elle dit que ce fonds de commerce qu'elle n'a pas encore trouvé sera excellent ; elle y fera de l'or, de l'or. Du reste, elle ne parlait plus que de millions. Et puis elle gesticulait, elle exaltait sa santé. Jamais elle n'avait

été aussi bien portante; ce saignement de nez l'avait guérie. Elle était gaie, heureuse, elle mangeait de bon appétit; elle chantait durant des heures. Tout le monde disait : « Ça y est, elle perd la tête. » Toujours souriante, elle se figurait pouvoir faire tout et toute seule. Elle formait beaucoup, beaucoup de projets, et c'étaient toujours de beaux projets. Elle faisait des promesses à tout le monde; tout ce qu'elle avait d'argent sur elle, elle le distribuait.

Durant cette période, elle était très coléreuse : un rien la bouleversait. Ses yeux changeaient tout de suite; ses poings se serraient; elle grinçait des dents; elle avait grande envie de taper. A d'autres moments, c'était une grande joie, elle en pleurait : un jour, une dame lui dit qu'elle a vu un fonds de commerce qui lui convient; elle fut si heureuse qu'elle ne put retenir ses larmes.

Cette excitation a duré plusieurs mois; la malade dormait assez bien, mais pas longtemps.

Au mois de mars 1909, elle a acheté un fonds de commerce. On n'a pas pu l'en empêcher. Elle y est restée huit jours; elle y a perdu mille francs.

L'excitation est « venue en montant »; elle s'est en allée tout doucement après l'affaire du fonds de commerce. Vers la fin d'avril, elle était revenue à son état normal : elle ne parlait plus, ne gesticulait plus, restait tranquille.

D'avril à décembre 1909, elle se montre assez calme. Elle s'occupait un peu au ménage; mais elle avait une mémoire moins bonne, et elle s'en rendait compte. Pas de troubles de l'attention ni du jugement (?)

En décembre 1909, angine phlegmoneuse : séjour d'un mois environ à l'hôpital, où elle a présenté un peu d'agitation. Elle se levait la nuit, réveillait les malades, disait qu'on lui avait

ouvert l'estomac, la rate (?), qu'elle les a vus sur la table, etc.

Après sa sortie de l'hôpital, elle garda le lit chez elle, près de trois mois (janvier à mars 1910). Elle était amaigrie, elle ne pouvait se lever seule ; elle se remuait avec peine ; elle gâtait si on ne la surveillait pas. Parfois elle avait des « rages de méchanceté » ; un rien qu'on ne lui donnait pas à temps ou qu'elle réclamait, l'énervait, et elle se mettait à crier, à hurler de colère ; elle arrivait même à faire des gestes de menace. Elle accusait des douleurs dans le ventre, dans les jambes ; elle saignait de la bouche, etc. A d'autres moments, mais plus rarement, tout-à-coup elle déclamait, chantait : « Je suis gaie..., je vais guérir. » Elle avait beaucoup maigrie.

A la fin de mars 1910, elle commence à se lever : elle engraisse énormément et très vite.

Durant deux mois, en avril et mai 1910, elle offre des alternatives d'excitation et de dépression (asthénie). Un jour elle était gaie, le lendemain elle pleurait. « Quand elle avait la gaité, le lendemain elle pleurait », dit la bru. Dans l'intervalle de ces accès, c'est-à-dire durant huit jours quelquefois, elle n'était ni excitée, ni affaissée ; elle était dans son état habituel.

Quand elle était « dans son jour gai », elle allait et venait, parlait beaucoup : « Je suis guérie..., ça y est, je suis bien guérie..., regardez ma main (côté paralysé), elle marche maintenant... » On ne pouvait pas la garder, il fallait qu'elle sorte ; elle allait raconter à tout le monde comme elle était bien, etc.

« Dans son mauvais jour », elle était alors abattue, immobile sur sa chaise, ou même gardait le lit ; elle ne mangeait pas, ne parlait pas, ou bien elle se lamentait et pleurait : « Je m'affaiblis, je vais mourir... Dans une heure je n'y serai plus, vous verrez... ma main est toute froide... laissez-moi me suicider, etc... »

Au commencement de juin 1910, léger ictus : la malade avait les yeux ouverts, elle ne reconnaissait personne, disait seulement : « ba... ba... ba... ba... ». La parole est revenue deux heures après. Deux crises semblables vers le 20 juin et au commencement de juillet. Depuis cette époque, les alternatives d'excitation et de dépression sont irrégulières. L'activité de la malade est devenue incohérente ; elle se promène en chemise dans le logement, sort même ainsi dans la rue ; elle allume du papier dans son assiette, etc. Par moments, elle est tranquille sur sa chaise, puis tout-à-coup elle chante, tape des mains. Elle a fréquemment des accès de colère, jusqu'à trois dans une journée ; elle est alors très grossière et montre les poings. Pas d'excitation génitale. Parole parfois très embarrassée. Gâtisme habituel.

La malade est placée le 14 février 1911 à l'Asile clinique.

Etat actuel, 15 février 1911. — La malade est calme et répond assez bien aux questions qu'on lui pose. Elle n'est pas confuse, mais les troubles de la mémoire sont assez marqués ; elle se trompe sur le jour, l'année, etc. « Je ne me rappelle plus de rien... C'est drôle, ça ! Je suis comme si je revenais au monde... Je tâche de deviner, mais je ne sais pas... Je suis devenue une imbécile... Des fois, je serre mon porte-monnaie et je ne sais plus où je l'ai mis. »

Euphorique, elle se trouve forte, bien portante ; cependant elle fait remarquer : « Oui, je me trouve bien, mais je ne suis pas médecin. » Et elle sourit. Sensiblerie quand on évoque le souvenir de sa famille.

En somme, affaiblissement partiel des facultés mentales.

Hémiplégie droite : commissure droite abaissée ; pointe de la langue déviée à droite ; tremblements de la langue et des muscles péri-buccaux ; réflexe rotulien plus fort à droite ;

orteil immobile à droite. Pupilles égales et actives. Dysarthrie, etc.

16 février 1911. — Turbulence nocturne.

17. — La malade est transférée à l'Asile de Maison-Blanche.

24 mars. — La malade est au quartier des malades agités. Elle est excitée par intervalles. Elle a les cheveux sur les épaules : elle est souriante, mais se met à pleurer et à réclamer sa sortie quand on lui parle des siens. Puis elle rit et dit que sa voisine est folle, etc.

En somme, alternatives d'excitation et de dépression chez une démente « organique ».

Observation VI. — D^r BENON

Deux ictus apoplectiques en 1898, à 31 ans, suivis d'hémiplégie droite sans aphasie. Après la première attaque, l'asthénie habituelle post-apoplectique dure dix à quinze jours. Après la deuxième attaque, qui éclate deux mois plus tard, asthénomanie post-apoplectique : l'accès d'asthénie dure quinze jours environ, puis progressivement survient la manie, c'est-à-dire l'hypersthénie ; ce dernier accès dure environ trois mois.

De la fin de 1898 à la fin de 1902, quatre accès d'asthénie et quatre de manie : les premiers avaient une durée de trois mois, les seconds de quatre mois.

De 1902 à 1905, long accès d'asthénie avec idées de suicide ; internement. Depuis 1905 jusqu'à 1911 (état actuel), hypomanie.

Somatiquement (1911) : hémiplégie droite et signes de tabès.

Antécédents : Syphilis à 18 ans (1885). Avant ses deux attaques (1898), douleurs fulgurantes qui ont disparu depuis cette époque.

Jules, représentant de commerce, 43 ans (1911), est entré à l'Asile clinique, le 21 octobre 1903 (35 ans).

Antécédents héréditaires. — Grand'mère paternelle, bizarre, excentrique. Père mort d'angine de poitrine à 57 ans (1898). Mère bien portante. Une sœur morte de méningite à 15 ans (1897).

Antécédents personnels. — Il a subi le siège de Paris. Enfant vigoureux. Syphilis à 18 ans, en 1885. Trois ans de service militaire. Comptable, puis représentant de commerce. Pas marié. Pas de stigmates d'alcoolisme chronique, mais buvait chaque jour quelques apéritifs au café.

Intelligent, mais « musard ». Caractère doux, joueur, coureur de filles, mais sérieux dans son travail.

Histoire de la maladie. — La mère du malade qui vivait avec lui et le malade lui-même, qui est actuellement hypomaniaque (1911), nous ont fourni des renseignements détaillés et précis sur son affection.

En 1898, à 31 ans, il a fait deux attaques apoplectiques. Avant ces ictus, durant deux ou trois ans, il avait, par intervalles des douleurs fulgurantes ; elles sont d'autant plus intéressantes à relever que, actuellement (1911), le malade offre des signes tabétiques.

Le premier ictus se produisit la veille de la Pentecôte, en 1898 : il ne perdit connaissance que quelques minutes ; il avait le côté droit de la face paralysé. Il garda le lit une dizaine de jours. Il se remit petit à petit. Il allait bien, quand il fit une seconde attaque, deux mois après la première (1898). Il resta sans connaissance trois ou quatre heures ; il était paralysé de tout le côté droit ; il était anéanti ; peu à peu, au bout de dix à quinze jours, il a recommencé à marcher quoique paralysé.

Voici ce que dit le malade sur son état, après la première attaque : « J'étais sans forces... J'avais la tête perdue... Je ne pouvais pas lire le journal, ça me fatiguait et je ne savais pas ce que je lisais. Rien ne m'intéressait. Les forces me sont revenues petit à petit ; la lucidité d'esprit est revenue la première ».

Au sujet de sa seconde attaque, il dit : « La deuxième fois, je me suis remis plus vite ; la faiblesse a duré moins longtemps, je crois. J'étais paralysé du côté droit ; eh bien ! malgré cela, dès que j'ai commencé à me lever, j'ai trotté comme un lapin. Tout de suite je voulais aller aux affaires, et j'en ai fait, ça n'a pas tardé. J'étais comme si de rien n'avait jamais été. Je travaillais d'arrache-pied. On aurait dit que j'avais bu de l'élixir de jeunesse.

En réalité, et la mère est précise sur ce point, dix à quinze jours après sa seconde attaque, il commença à faire excen- tricités sur excen- tricités. Très excité, il sortait sans cesse, à toute heure du jour et de la nuit ; il parlait avec volubilité ; il était infatigable. Il raillait ceux qu'il rencontrait. A la maison, il était malpropre ; il s'amusait à cracher au plafond. Tout le temps il parlait d'aller voir des femmes, de leur porter des fleurs. Il disait des horreurs. Il chantait. Quelquefois il tombait, à cause de sa paralysie. Son père était mort quelques mois auparavant ; il ne s'inquiétait pas de la question matérielle. Il voyait tout sous un jour heureux. Il était entreprenant, riche, etc. Parfois, quand on le contrariait, il s'irritait ; aussi, sa mère avait pris le parti de le laisser faire tout ce qu'il voulait. Il ne fut pas interné.

Cet état d'excitation maniaque dura environ trois mois : « C'était, comme dit le malade, une poussée d'énergie ».

De la fin de 1898 à la fin de 1902, pendant quatre ans

environ, le malade a eu tantôt des périodes d'asthénie, tantôt des périodes de manie : d'après les renseignements, il semble qu'il ait eu quatre accès d'asthénie et quatre d'hypersthénie. Il dit : « Tantôt j'étais bien, tantôt j'étais mal ; c'était par intermittences ; j'avais environ quatre mois de solidité et trois mois d'anéantissement ; tout le temps c'était des alternatives.

« Les forces physiques et morales revenaient ou disparaissaient en même temps. Quand elles revenaient, je me sentais bien, j'étais gai, fort, j'allais voir les femmes ; je pouvais causer, suivre une conversation ; c'était un jeu alors pour moi. J'avais de l'énergie, du courage, de la vigueur ; rien ne me résistait. L'autre état c'était l'opposé, l'antipode. J'étais anéanti, affaibli, aplati, comme si j'allais rendre l'âme. Un ami qui me causait me fatiguait. Mes idées étaient confuses ; je ne pouvais pas rassembler deux pensées sans m'embrouiller, J'avais de la difficulté à définir quelque chose, à suivre une idée, à chercher une solution ; ça n'aurait pas été le moment de me faire faire un problème difficile, etc. »

De l'hiver 1902 à la fin de 1905, long accès d'asthénie avec idées de suicide par intervalles. C'est au cours de cet accès qu'il fut placé à l'asile, le 21 octobre 1903. « A mon entrée ici, raconte-t-il, j'étais sans forces, mais lucide ; je ne perdais pas la carte. J'ai été un an à l'Infirmierie, puis un an au cinquième quartier (pas d'amnésie à proprement parler, souvenirs à peu près exacts et précis). J'avais du mal à lire le journal ; je ne pouvais pas suivre un article de fond ; je ne le saisisais pas bien, j'avais de la peine à le comprendre ».

Cette asthénie s'en est allée tout doucement à la fin de l'année 1905, et depuis cette époque il offre un état hypomaniaque.

Etat actuel (Mars 1911). — Hypomaniaque typique, il

est gai, souriant, euphorique, blagueur, sarcastique ; il porte habituellement un bonnet d'aviateur dans lequel il a piqué toutes sortes de plumes, plumes de coq, de poule, de faisan, de perruche, de pintade, etc. Il parle avec volubilité, rit, chante, plaisante, taquine, se moque de tout et de tous.

Il n'est pas poli, ni respectueux, même avec sa mère. Il est entreprenant, courageux, fort, et il espère gagner beaucoup d'argent.

Parfois, il se met en colère ; ainsi, il s'emporte à propos d'une bague qu'il réclame à sa mère : « Je la veux en or... Tu entends, je la veux en or ! » Au quartier, il est doux et calme.

Il arrive qu'il pleure quand sa mère vient le voir, et il demande sa sortie dès qu'elle est partie, ou même quand elle est là ; quelques minutes après ses larmes, il se met à rire et à chanter. Jamais il ne s'inquiète de la situation de sa mère. Mais il offre, d'une manière très marquée, de la sensiblerie : il ne peut plus aller au théâtre de l'asile, tellement il verse de larmes ; il pleure dès qu'on évoque le souvenir de son père, de sa sœur, etc.

Voici quelques-uns de ses propos. Il dit par exemple à un visiteur : « Tu en as un pardessus ! Est-il sale ! C'est pour venir nous voir que tu prends tes vieux habits ? » — Au médecin : « Comme tu es pâle... Tu as un cancer... Viens que je t'ausculte ! » Un jour qu'on l'examine : « Je me decouvre ; on peut bien risquer un rhume quand quelqu'un s'intéresse à vous... Je suis fort. Je pourrais travailler et résister, en évitant le cotillon et le noctambulisme. J'aime la blague, les chansons... Quelquefois, la nuit, j'ai de l'insomnie... Mais je ne chante pas, il faut être plus philanthrope que cela... Ils ne veulent plus que je sorte, je fais

des propositions aux femmes, etc. (discours varié, attention mobile, hyperidéation).

Somatiquement, il offre une hémiplégie droite et des signes légers de tabès.

Dans la marche, du côté droit, le malade talonne légèrement et exécute un arc de cercle ; le gros orteil frotte sur le parquet ; du côté gauche, léger talonnement. Au moment du demi-tour, quelques oscillations. Signe de Bomberg, mais peu marqué. Réflexes rotuliens, achilléens et crémastériens abolis, à droite et à gauche. Conservation des réflexes abdominaux et des réflexes des membres supérieurs qui, du côté droit, sont brusques et plus forts qu'à gauche. Signe de Babinski à droite. Diminution de la sensibilité du côté droit et léger degré d'astéréognosie. Quelques troubles sphinctériens : incontinence des urines. Pupilles normales, égales, qui accommodent, mais réagissent paresseusement à la lumière. Langue non déviée et sans trémulation. Pas de dysarthrie. Disparition des douleurs fulgurantes depuis 1898, c'est-à-dire depuis les deux attaques apoplectiques.

Observation VII. — D^r BENON

Début de la maladie en décembre 1899 : ictus, asthénie, puis excitation maniaque. Inégalité pupillaire. Guérison. Avant l'ictus, céphalée.

Nouvel ictus en mars 1901. Asthénie, puis agitation anxieuse, tentative de suicide. Internement le 8 mai 1901. Abattement profond, inertie. Léger affaiblissement intellectuel. Inégalité pupillaire. Réflexes forts. Gâtisme par intervalles. Même état jusqu'en 1904.

Septembre 1904. — Amélioration ; travaille un peu, mais

retour de l'excitation. Etat hypomaniaque typique. Alternatives d'excitation et de « dépression ».

Série d'ictus : un en 1905, deux en 1906, un en 1907, un en 1908, un en 1909. Syphilides ulcéro-croûteuses en 1909-1910.

Actuellement (déc. 1910) : excitation légère, intellectuelle et motrice ; humeur gaie ou coléreuse. Léger affaiblissement psychique.

Diagnostic. Démence organique syphilitique ; hypomanie chronique.

Eugénie, blanchisseuse, 43 ans, entre à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale le 8 mai 1901.

Antécédents héréditaires. — Père plombier, puis lampiste et marchand de vin ; il était buveur, de conduite irrégulière, il avait de nombreuses relations extra-conjugales ; atteint d'ulcère de jambe, il est mort de pleurésie à 53 ans. Mère morte tuberculeuse à 36 ans. Une tante paternelle mélancolique, internée à l'asile de Vaucluse. Fille unique.

Antécédents personnels. — Enfant chétive, anémique ; elle eut à quinze ans une bronchite de longue durée. Blanchisseuse, elle n'aurait pas fait d'excès d'alcool. Elle a mis au monde six enfants : trois sont vivants et bien portants ; trois sont morts : le premier, à quatre ans et demi ; le second, à dix-huit mois, de méningite ; enfin le troisième, quinze heures après sa naissance.

Elle toussait fréquemment. En février 1900, elle a craché du sang.

Ménopause depuis 1900.

Le mari de la malade est mort tabétique. A l'asile, en juillet 1909, elle a eu des accidents tertiaires, sous forme de syphi-

lides ulcéro-croûteuses, disséminées sur tout le corps ; les cicatrices sont caractéristiques.

La malade, avant sa maladie actuelle, a toujours beaucoup travaillé, et elle ne dormait que quelques heures. Elle eut beaucoup d'ennuis ; son mari dépensait beaucoup. Intelligente, elle était d'humeur variable et passait facilement, pour des motifs légers, de l'excitation à la dépression.

Histoire de la maladie. — La maladie actuelle a débuté en décembre 1899.

Le 24 décembre 1899, lorsqu'elle habillait ses enfants, dans la matinée, elle dit : « Oh ! mon Dieu ! comme je me sens mal ! » Elle tombe, vomit, reste sans connaissance ; elle revient à elle, mais ne parle pas, ne remue pas pendant tout un jour. Elle est restée au lit six jours, disant « ne pas pouvoir marcher ». A cet état d'asthénie musculaire a succédé un état d'excitation hypomaniaque. Elle était gaie, parlait beaucoup, se disait riche, etc. Ainsi elle voulait se faire faire de belles robes, se commander un dentier de prix élevé, acheter des brillants, etc. Quand on lui a demandé pourquoi elle était restée tout un jour sans parler, ce qui inquiétait son entourage, elle a déclaré « qu'elle se trouvait au milieu des fleurs ». En quinze à vingt jours, cette exaltation a disparu et la malade est revenue à son état antérieur ; il semble toutefois qu'elle soit devenue plus irritable. D'autre part, le médecin a constaté à cette époque de l'inégalité pupillaire.

Avant cette crise (ictus probable), la malade, d'après les renseignements des enfants, se plaignait souvent de maux de tête.

Le 18 mars 1901, en revenant de l'hôpital voir son beau-frère qui était gravement malade, et dont la situation la préoccupait, elle dit encore à sa fille : « Oh ! mon Dieu ! comme je

me sens mal ! » Et elle tombè tout de son long. Elle reste raide, sans parler, durant environ cinq minutes. Pendant une semaine elle garde le lit, ne répondant que par oui et par non. Puis, craintive, anxieuse, elle s'excite : « On va la brûler, la martyriser, la mettre en prison... Ils n'ont plus d'argent... Il faut la mettre à l'hôpital, car sa maladie causera beaucoup de frais... » Elle se plaignait de la tête et pensait qu'elle allait mourir. Elle disait encore aux siens : « Vous allez mourir de faim, je suis une grande criminelle ! » Il semble qu'elle ait été hallucinée : parfois elle voyait « des ombres », ou bien elle criait : « Pourquoi m'appellez-vous comme cela?... On m'appelle Madame Eudler ? » Finalement, elle tenta de se jeter par la fenêtre, et c'est alors qu'elle fut amenée à l'asile (8 mai 1901).

Etat de la malade à son entrée, du 8 au 15 mai 1901. — Elle a l'aspect mélancolique, mais son délire semble très pauvre. Comme on lui demande si elle a quelque chose à se reprocher, si elle a fait du mal, elle répète sans cesse : « Je n'ai pas fait de mal. » Sur sa tentative de suicide, elle dit qu'elle « s'ennuyait ».

On remarque qu'elle sait son âge, mais il lui est « impossible » de trouver la date de sa naissance. Elle compte avec lenteur. Elle met huit minutes pour écrire : « Madame Villatet, rue du Faubourg Poissonnière, 32. » La lecture est correcte, mais lente, avec des pauses tous les deux ou trois mots.

Lorsqu'on lui présente des objets à désigner, elle paraît avoir une certaine peine à trouver leur nom et elle est longue à répondre. Elle a le « facies interrogateur ».

Les pupilles sont inégales, mais mobiles. Les troubles de la parole sont peu marqués. Les réflexes patellaires sont vifs. La force musculaire est égale des deux côtés.

Ponction lombaire (première) : on retire un liquide forte-

ment coloré par le sang. A l'examen microscopique, au milieu de nombreuses hématies, on trouve un grand nombre de lymphocytes dont quelques-uns seulement sont mononucléaires. Presque tous renferment cinq ou six noyaux. Sur le champ du microscope, on découvre facilement sept ou huit lymphocytes, et cela dans toute l'étendue de la préparation.

Deuxième ponction lombaire (cinq jours après la première) : on retire environ huit centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien qui paraît clair. A l'examen microscopique, on trouve cependant de nombreux globules rouges. Dans chaque champ on remarque, en outre, un certain nombre de lymphocytes (cinq ou six en moyenne).

16 mai 1901. — Aujourd'hui, on la trouve dans un abattement très profond. Elle ne répond que par oui et par non. Par moments, elle ne paraît pas comprendre les questions.

D'autre part, on note : anxiété continuelle.

19 juin. — Même état d'apathie et de dépression.

6 novembre. — Elle est dans le mutisme, elle a l'air indifférente, mais, en réalité, elle ne l'est pas. Elle tire difficilement la langue, qui est tremblante. Elle tend à peine la main. Elle ébauche les divers mouvements qu'on lui dit d'exécuter. On pince la malade ; elle ne réagit pas à la douleur, mais au bout de quelques secondes elle porte la main à l'endroit pincé. Quand on tente de la découvrir, elle résiste (sentiment de pudeur conservé).

On lui écrit sur une feuille de papier : « Madame Villatet est une voleuse. » Elle retourne lentement le papier, le lit et fait de la tête un signe de dénégation. Elle manifeste du mécontentement quand on l'appelle par son nom de fille.

Février 1904. — On tente de faire écrire la malade. Elle

écrit : « Paris, le 31 f... », puis, griffonnage. Elle reste immobile sans pouvoir en écrire plus long.

Août. — Alitée, inerte, muette depuis de longs mois, la malade, aujourd'hui, commence à travailler ; elle repasse du linge, et ce qu'elle fait est bien fait.

Parfois, cependant, on remarque que la malade a du gâtisme.

26 septembre. — Reste au lit « affaissée ». Depuis plusieurs mois, elle était employée sans surveillance aux travaux intérieurs.

Janvier 1905. — Alternatives d'excitation et de dépression. Gâtisme par intervalles. Accrocs de la parole au moment d'épreuve. Inégalité et immobilité (?) pupillaire.

Le 9, la malade, légèrement excitée, s'est prêtée à une épreuve d'écriture qu'elle a menée à bien. Elle a fait aussi, vite et bien, une soustraction, une addition.

Quand elle est excitée, elle refuse de rester au lit, de se vêtir, se promène dans la cour pieds nus, répond facilement, mais avec grossièreté, aux questions posées. Quand elle est déprimée, elle est muette et immobile dans son lit.

26 mars. — Température élevée : 39°7. Toux, râles ronflants : bronchite. Amélioration rapide.

28. — Syncope ou ictus : pâleur du visage ; pouls petit ; température : 36°2.

Février 1906. — Même état ; alternatives d'excitation, avec satisfaction, esprit de répartie, colère, et de dépression avec inertie et mutisme. On note aussi de l'affaiblissement intellectuel, de la désorientation dans le temps et dans l'espace, etc.

23 mai. — Ce matin, perte de connaissance avec chute ; pâleur des lèvres, émission des matières et des urines, mais pas

de mouvements convulsifs ; durée de 4 à 5 minutes. Semblait étourdie. Sommeil consécutif.

3 juin. — Nouvel ictus (cinquième).

Octobre. — Cris, chants, euphorie : agitation maniaque.

Janvier 1907. — Ecriture tremblée, Incohérences.

16 février. — Inégalité pupillaire : la gauche plus grande. Réflexes lumineux réduits. Conservation de l'accommodation. Fond d'œil normal. Pas de troubles de la musculature externe.

Juin 1907. — Sixième ictus.

Novembre. — Agitation maniaque.

6 décembre. — Troisième ponction lombaire : lymphocytose assez abondante (sans grappes lymphocytaires, cependant) et presque pure. Bon nombre de lymphocytes paraissent entourés d'un mince protoplasma ; leurs caryosomes sont peu serrés ; ce sont surtout les caractères des lymphocytes jeunes.

Etat actuel (6 avril 1908). — La malade est relativement calme ; elle va et vient, parlant sans cesse, tantôt souriante, tantôt mal disposée, enjouée ou malicieuse, exacte ou fantaisiste.

« Mon mari s'appelait Emmanuel de B... ; ou De Poniatowski... ; mon père était un Martinotti, il venait de l'Espagne ; Dazi..., ce n'est pas mon nom ; je m'appelle Eugénie..., puis je m'appelle Mireille, ce n'est pas moi. Eugénie... ; non, je ne connais pas M. Villatet ; mon mari, il est mort, ce pauvre homme (exact). Oui, j'étais blanchisseuse.

D. — En quelle année sommes-nous ?

R. — Ma foi, je ne sais pas... Je n'en sais rien, Monsieur (et elle se met à dire les mois).

D. — Actuellement, en quel mois sommes-nous ?

R. — Je n'en sais rien, absolument rien. Elle est capable de distinguer parfois la saison : « Il fait chaud, c'est l'été. »

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — Chez des rien-du-tout... Je ne les aime pas, je les déteste. Chez moi, il y avait de beaux tapis, de beaux fauteuils... Croyez-vous que ce mouchoir est beau ? (Elle montre son mouchoir de malade)... Je ne suis pas chez moi... Il y avait des assiettes en porcelaine, des armoires à glace... Quelle différence avec ces femmes-là... Chez nous, c'était tout ce qu'il y a de beau... Et ce jardin ? (ironique) non, ce n'est pas chez nous... Ce sont de vilaines créatures... Ce n'est pas propre, c'est du parquet en sapin (chêne)... Les lits sont en fer ; chez moi, ils étaient en acajou... La salle à manger, c'est sale... Je n'ai jamais été élevée comme cela (méprisante)...

« Vous avez une belle blouse, mais ils ne la repassent pas comme il faut.

« Ce n'est pas votre montre (elle est sur la table), elle n'est pas en or... »

D. — Où êtes-vous née ?

R. — A Paris (exact). Un jour elle dit : à Marseille.

D. — Connaissez-vous le D^r Chanson ? (son médecin).

R. — Oui, c'était un bon docteur. Il était très aimable. Il habitait presque en face de chez nous. Il y avait écrit : Docteur-médecin.

Elle chantonne et dit : « Elles ne savent même pas vous causer, les personnes d'ici... ni vous faire plaisir. Moi, je recevais bien le monde. Je souhaite que vous, vous soyez heureux... Elle dit spontanément : « Mon grand-père s'appelait Lazare Hachette. »

D. — De quel côté était-il, ce grand-père, du côté de votre mère, ou du côté de votre père ?

R. — Il était de la Côte-d'Or, de la Bourgogne... Si la mémoire a diminué, le jugement est très peu touché.

Un médecin entre : elle le salue correctement, lui offre sa chaise, le félicite, lui dit des paroles aimables (mimique active, intelligente).

Elle calcule assez bien, son écriture n'est pas tremblée, mais elle passe des mots.

Au cours de l'examen, elle fait remarquer : « C'est l'heure du déjeuner... ils sont à la cuisine, j'aurai des restes, je n'en veux pas... »

Son attention, très mobile, se fixe pour quelques secondes sur tout ce qu'elle voit ou entend.

Force musculaire égale des deux côtés. Langue à stries profondes, sans tremblements. Accrocs de la parole pour mots d'épreuves.

Pupilles inégales, mais mobiles, la gauche plus grande. Réflexes faibles, le droit est plus fort que le gauche.

9 octobre 1908. — Ictus (septième). Elle a dit qu'elle se trouvait mal. Pas de convulsions. Elle était excitée avant sa crise, gesticulait, monologuait, etc.

Interrogée à son lit, quelques heures après, elle n'offre pas de signes de confusion mentale et répond comme à l'ordinaire.

3 novembre. — T. : 38°, 38°5. Tuberculose pulmonaire.

24 février 1909. — Mise en présence de son oncle, elle refuse d'abord de le voir, puis peu à peu se calme et cause avec lui comme à l'habitude : elle lui a donné son adresse exactement. On avait prié l'oncle de lui demander son âge ; elle lui a dit qu'elle avait à peu près 45 ans. Elle reçoit bien ses enfants.

29 avril. — Huitième ictus.

Juillet. — Syphilides ulcéro-croûteuses (traitement mercuriel).

Février 1910. — Alternatives d'excitation et de calme rela-

tif. Tantôt couchée, tantôt levée. La nuit, elle cause fréquemment (insomnie habituelle).

La malade ne gâte que bien rarement.

Décembre 1910. — Même état : affaiblissement léger des facultés intellectuelles, surtout de la mémoire. Attention vive et mobile. Excitation intellectuelle et motrice. Humeur gaie ou coléreuse. Réparties parfois mordantes et spirituelles.

La malade a du mâchonnement ; il est surtout marqué quand elle est contrariée.

Ecriture toujours non tremblée, mais avec des mots oubliés.

Etat somatique semblable.

Observation VIII. — D^r BENON

Ictus apoplectique en septembre 1906, à 52 ans. Coma durant quatre ou cinq heures. Hémiplégie droite sans aphasie. Phénomènes asthéniques durant deux ou trois semaines, puis retour à l'état normal, avec persistance d'une hémiparésie. Au commencement de 1907, brusquement, accès d'asthénie qui dure trois ou quatre mois et disparaît en quelques jours. Nouvelle période d'état normal, puis nouvel accès d'asthénie etc. Asthénie périodique : sept ou huit accès.

Actuellement (février-mars 1911) : faiblesse musculaire et idéative très marquée. Inquiétudes et préoccupations multiples. Idées de suicide. Rachialgie, constipation. Pas d'affaiblissement intellectuel proprement dit.

Antécédents : accès de mélancolie vraie, à 27 ans, en 1881, après la mort de son premier mari. Guérison.

Gabrielle, 57 ans, sans profession, entre à l'Asile clinique le 24 février 1911.

Antécédents. — Pas d'affection nerveuse ni mentale dans la famille. Femme de petite taille, mais robuste ; jamais malade. Mariée trois fois, à 20, à 30 et à 50 ans. Un enfant, bien portant, de son premier mari. Après la mort de ce dernier, elle fit un accès de mélancolie vraie ; elle avait 27 ans. Elle resta malade près de deux ans ; elle était très faible, se remit petit à petit, mais guérit.

Histoire de sa maladie. — A la fin de septembre 1906, à 52 ans, elle est frappée d'un ictus apoplectique. Elle reprit connaissance au bout de quatre ou cinq heures. Elle était paralysée du côté droit (pas d'aphasie). Elle resta trois jours au lit, puis commença à se lever, mais elle était faible, anéantie, sans goût à rien. Ces phénomènes asthéniques disparurent en deux ou trois semaines ; elle put travailler, faire son ménage ; elle gardait bien son hémiplegie droite, mais elle s'occupait régulièrement et activement dans la maison.

Deux mois après environ, au commencement de l'année 1907, brusquement, elle se sent de nouveau faible, abattue, sans courage. Cet état dure trois ou quatre mois et disparaît en quelques jours ; elle reprend goût au travail, ne s'ennuie plus, et se croit définitivement rétablie, quand un nouvel accès asthénique reparaît au mois d'août 1907. Nouvelle guérison, c'est-à-dire nouveau retour à l'état normal au point de vue des forces, mais bientôt nouvel accès d'asthénie et ainsi, toujours, jusqu'à son entrée à l'asile. En somme, depuis son attaque apoplectique, la malade a eu sept ou huit accès d'asthénie ; la période d'état normal dure environ deux mois, et l'accès de faiblesse trois ou quatre mois.

Avant son ictus, la malade se plaignait parfois de céphalée, d'étourdissements, de bourdonnements d'oreilles.

Etat actuel, le 25 février 1911. — Elle n'a pas d'affaiblisse-

ment des facultés intellectuelles. Elle renseigne parfaitement sur son passé et décrit très bien sa maladie dont elle souffre beaucoup moralement.

« Depuis que j'ai eu mon attaque, je ne suis pas bien, je suis faible, anéantie ; par moments, je retrouve mes forces, mais qu'est-ce que cela dure ? Un mois, deux mois, trois mois au plus, et puis je retombe ».

« Ça me prend tout d'un coup, je dis à mon mari : « hier, j'étais bien, et aujourd'hui me revoilà abattue. » Je n'ai plus d'énergie, plus de goût, pas même pour me nettoyer. Par moments, je me sens lourde, je suis anéantie au point que je crois que je ne pourrai plus jamais rien faire. Je vague aux soins du ménage, mais je suis fatiguée, lassée ; j'ai le corps brisé. Je veux toujours m'asseoir. Et dès que je suis assise, je me dis : « Il faut que je me lève, que je fasse mon ménage », puis je pense : « Ah ! tout de même, je vais rester encore assise un petit moment ».

« Je commettais des oublis ; je ne savais plus ce que je voulais faire. Je n'avais pas bien la tête à moi. Je ne pensais plus. Mon cerveau se vidait. C'est comme si on n'avait plus rien dans la tête. Et pourtant j'avais toutes mes idées.

« Tout cela m'ennuie, me préoccupe. Ça m'ennuie de me voir toujours patraque, de ne plus pouvoir travailler ; mon ménage est sale ; je crois qu'on pense que suis paresseuse. Alors je pleure, je suis désespérée, je me dis que je ferais mieux de me pendre.

« Tout m'inquiète, tout me porte ombrage. Je trouve que les voisins me regardent drôlement. Quand je vois ma belle-sœur froter chez elle, ou si je la vois courir, je me dis : « Elle le fait exprès ». Ces temps derniers, ma petite fille a eu une pleurésie, ça m'a repris plus fort, l'inquiétude...

il vaudrait mieux mourir. C'est la même chose quand on me parle de ma paralysie : tout de suite j'ai peur que la maladie s'aggrave. Et au Dépôt, quelle douleur j'ai eue !... Ces cellules !... cette voiture pour les prisonniers !... C'est affreux !

« Oui, après la mort de mon premier mari, j'ai eu un grand chagrin ; j'ai été deux ans avant de me remettre. Mais aujourd'hui, ce n'est pas le même chagrin. Je suis triste de me voir malade, sans force, anéantie. Je crois que je ne guérirai pas et que je ne pourrai plus travailler. Sans doute je m'occupe un peu, mais quel effort !... Et quelquefois je ne peux rien faire du tout, je suis trop anéantie, c'est plus fort que moi... ; il me monte alors des rougeurs, l'eau me ruisselle sur la figure, dans le dos... »

« Quand je pense à tout cela, quand je vois que je ne suis pas comme tout le monde, que je ne peux pas faire mon ménage, que je n'ai plus de forces, alors je souffre ici (creux épigastrique), je sens comme une barre, je ne peux manger... »

Pas de céphalée, mais rachialgie : « J'ai souvent mal aux reins ; parfois je marche, courbée en deux ; on dit que c'est du lumbago ».

Constipation habituelle.

Hémiplégie droite sans aphasie.

29 Mars 1911. — Même état « J'ai un jour mieux sur deux. Hier j'étais très abattue. J'étais assise dans le jardin ; je voulais aller dans la salle chercher des chaussettes pour raccommoder, je n'en avais pas le courage. Aujourd'hui, je suis mieux, mais je suis lassée. J'ai fait un peu de ménage, c'est vrai, mais ce n'est pas travailler, cela, c'est bricoler. J'ai comme un poids sur les épaules ; je suis alourdie, j'ai les bras brisés. »

Les observations qui précèdent montrent donc la récurrence possible des états asthéniques ou maniaques après un premier accès d'asthénie ou d'asthéo-manie post-apoplectique.

On voit l'action d'un agent épuisant, en l'espèce l'ictus apoplectique, déterminant une asthénie suivie d'hypersthénie ou manie, et plus tard, à intervalles impossibles à déterminer et à fixer d'une façon exacte, la récurrence des accès se succédant comme dans la psychose périodique des auteurs.

Ces faits paraissent donc justifier l'idée émise par Tastevin dans son étude sur l'étiologie des dysthénies périodiques. Pour lui, le trouble de la fonction névrosthénique est le fait capital ; c'est ce trouble qui détermine les phénomènes morbides que présente le malade.

Et à ce sujet, qu'on nous permette de revenir sur un point laissé de côté à dessein dans le chapitre du diagnostic, à savoir la différence qui existe entre la mélancolie vraie et l'asthénie.

« La mélancolie vraie, nous dit Benon, débute par une *émotion douloureuse motivée* n'ayant pas, du reste, de caractère pathologique par elle-même, mais le devenant par sa persistance et sa durée ; c'est ainsi qu'elle se développe à l'occasion de la perte d'un enfant, de l'abandon d'un époux, de revers de fortune, etc. Au contraire, dans la « *dépression mélancolique* », la maladie débute par l'*asthénie*, qui est le symptôme fondamental et primitif. Sans doute, lorsqu'on demande à un « *déprimé périodique* » : « *Comment êtes-vous ?* », il est possible qu'il réponde : « Je suis triste. » Mais si on ajoute : « *Pourquoi êtes-vous triste ?* », il dit : « Je suis triste à cause de ma maladie. » « *Quelle maladie ?* » « Eh bien, la faiblesse, la fatigue... », et il décrit l'état morbide asthénique ; jamais il ne dit que sa mala-

die est un chagrin, une peur, etc. On voit bien que ce qui est pathologique chez le déprimé, c'est l'asthénie, tandis que chez le mélancolique proprement dit, c'est la douleur morale prolongée. Si, au premier abord, leur aspect général peut paraître analogue, leur aspect psychopathique est tout différent. »

Dans la mélancolie vraie, où l'asthénie peut être très marquée, on voit ce trouble s'établir et grandir progressivement ; c'est une asthénie secondaire proportionnée, comme toutes les asthénies post-douloreuses, quelle qu'en soit la cause, à l'intensité et à la durée de la douleur émotionnelle. Dans la « dépression mélancolique », outre que l'asthénie est primitive, et apparaît d'emblée, elle persiste à peu près au même degré durant tout l'accès.

Enfin, voici deux autres différences très importantes au point de vue de l'évolution et du pronostic : tandis que dans la mélancolie vraie les troubles disparaissent progressivement, *en lysis*, et que, d'autre part, ils ne récidivent pour ainsi dire jamais, les accès d'asthénie disparaissent rapidement, en quelques jours, et récidivent à intervalles plus ou moins éloignés.

V — Traitement

Sans chercher à instituer un traitement pour une maladie où le rôle du médecin est plus peut-être celui d'un observateur attentif que d'un thérapeute effectif, nous croyons néanmoins que l'étude de ses causes permet de poser quelques indications.

Durant la période asthénique : ordonner le repos complet avec surveillance, car pendant cette phase surviennent fréquemment l'anxiété et les idées de suicide. Surveiller l'alimentation. D'autre part, administrer du café, des toniques, etc., et attendre.

Chez les maniaques, pratiquer, dans la mesure du possible, l'isolement en dehors de l'asile ; éviter avec le plus grand soin de provoquer l'énervement chez ces malades, étant donné leur grande irritabilité et leurs tendances coléreuses. La fureur maniaque véritable est presque toujours provoquée par la lutte que l'entourage a cru devoir soutenir avec le malade.

Quand l'agitation est très prononcée, recourir au chloral et à l'hyoscine en injections hypodermiques.

VI — Conclusion

1° Après l'apoplexie on observe toujours, plus ou moins nettement caractérisé, le syndrome asthénie (faiblesse musculaire et idéative) ;

2° L'asthénie disparaît progressivement ; le malade revient peu à peu à son état normal ;

3° Chez quelques sujets, après cette disparition progressive du syndrome asthénie, on voit se développer graduellement la manie ou hypersthénie. Alors se trouve constituée l'asthénomanie post-apoplectique (Benon) ;

4° L'asthénomanie post-apoplectique guérit en général en quelques semaines ou en quelques mois. Le pronostic immédiat est donc ordinairement favorable ;

5° Quelquefois, après la guérison des accidents asthénomaniaques post-apoplectiques, les sujets atteints présentent des accès spontanés d'asthénie ou de manie qui guérissent à leur tour ou deviennent chroniques (asthénie ou manie périodique, asthénie ou manie chronique) ;

6° On ne confondra pas la manie, à cause des idées de grandeur qui l'accompagnent, avec le délire ambitieux ;

7^o L'internement des asthéo-maniaques post-aploplectiques devra, autant que possible, être différé.

VU :

Le Doyen,
LANDOUZY.

VU :

Le Président de la Thèse,
G. BALLET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

VII — Index Bibliographique

- BAILLARGER. — Du délire ambitieux dans les affections organiques locales du cerveau et les maladies de la moelle. *Ann. méd. psych.*, 1881.
- G. BALLEZ. — *Traité de pathologie mentale*. 1903.
- R. BENON. — *Les troubles psychiques chez les hémiplégiques organiques internés*. Th. de Paris, 1905. — Les dysthénies périodiques, *Revue neurologique*, n° 9, 15 mai 1911, et *Gaz. méd. de Nantes*, 17 juin 1911. — L'asthénomanie post-apoplectique, *Revue de médecine*, 10 juillet 1911.
- R. BENON et P. BONVALLET. — Aphasie et asthénomanie post-apoplectique, *Communication au Cong. des Neurol. et Alién. d'Amiens*, août 1911, et *Gaz. méd. de Nantes*, sept. 1911.
- CALMEIL. — *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, Baillière, 1859.
- CHARON. — Foyers de ramollissement cérébral et troubles psychiques. *Archives de neur.* 1899.
- P.-L. COUCHOUD. — *L'asthénie primitive*, Th. de Paris, 1911.
- E. DUPRÉ. — *Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet*, 1903.
- DURAND-FARDEL. — *Traité de ramollissement du cerveau*, 1843.
— *Traité pratique des maladies des vieillards*, 1854.

- ESQUIROL. — *Des maladies mentales*, 1838.
- FERRIÈRE. — *Contribution à l'étude de l'état mental chez les apoplectiques*. Th. de Paris, 1888-1889.
- A. FOVILLE. — Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale, *Ann. méd. psych.*, 1879. — Accès passager de délire ambitieux chez un ancien hémiplégique, *Ann. méd. psych.*, 1881.
- GOSSELIN. — Eloge de P.-H. Bérard, *Union méd.*, 1860.
- F. LALLEMAND. — *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*, 1830.
- LWOFF. — *Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau*. Th. de Paris, 1890.
- MARCÉ. — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la P. G. *Gaz. méd. de Paris*, 1863.
- ROCHOUX. — *Recherches sur l'apoplexie*, 1833.
- SCHUTZENBERGER et HECHT. — Apoplexie. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1876.
- J. TASTEVIN. — L'asthénomanie post-douloureuse et les dysthénies périodiques. *Ann. méd. psych.*, 1911. — *L'asthénomanie post-épileptique*. Thèse de Paris, 1911.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos.	7
I. — Introduction et généralités.	8
Syndrome asthénique (J. Tastevin).....	8
Asthénie et manie (hypersthénie).....	8
Asthéno-manie.	9
Asthéno-manie post-apoplectique (R. Benon)	9
II. — Historique.	10
Esquirol, Lallemand, Rochoux, Durand-Far-	
del.	10
Observation (Durand-Fardel).....	11
Calmeil, Marcé.....	11
Observation du physiologiste Bérard.....	13
Schutzenberger et Hecht, A. Foville, Bail-	
larger.	14
Observation (Baillarger).....	15
Ferrière.	15
Observation (Ferrière).....	16
Lwoff, Dupré, R. Benon.....	17
III. — Etude clinique.....	19
Description.....	19

	Pages
Asthénie.	19
Passage de l'asthénie à la manie.	20
Manie.	20
Obs. I (R. Benon et P. Bonvallet). Aphasie et asthéo-manie.	21
Obs. II (personnelle). Asthéo-manie post- apoplectique et post-épileptique (épilepsie Jacksonnienne).	27
Obs. III (R. Benon). Asthéo-manie post- apoplectique.	33
Obs. IV (R. Benon). <i>Id.</i>	39
IV. — Diagnostic et pronostic.	46
<i>Diagnostic.</i>	46
Asthénie (affaiblissement intellectuel, confu- sion mentale, etc.).	46
Manie (hypersthénie), (délire de grandeur, paralyse générale).	46
<i>Pronostic et évolution.</i>	47
Généralement bénin.	47
Récidive de l'asthénie ou de la manie (psy- chose périodique).	47
Obs. V (R. Benon). Asthéo-manie post-apo- plectique et alternatives d'excitation et de dépression.	48
Obs. VI (R. Benon). Asthéo-manie post- apoplectique, puis psychose circulaire et hypomanie chronique.	53

	Pages
Obs. VII (R. Benon). Asthéo-manie post-apoplectique et manie chronique.....	58
Obs. VIII (R. Benon). Asthénie post-apoplectique. Asthénie périodique.....	67
Commentaires des observations.....	71
Asthénie et mélancolie.....	71
V. — Traitement	73
Asthénie (idées de suicide).....	73
Manie (attendre pour interner).....	73
VI — Conclusions	74
VII. — Index bibliographique	76



